Nr. 29 i 30. 26. lipca 1930 1931 Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr. K. BOCHEŃSKI. Lwów.

W jaki sposób możemy uzyskać lepsze wyniki po naświetlaniu raka macicy.

W poprzednich swych publikacjach jako też na posiedzeniach lwowskiego towarzystwa ginekologicznego niejednokrotnie miałem sposobność wypowiedzenia się w sprawie leczenia raka macicy energją promienną i zwrócenia uwagi na warunki, od których zależy ostateczny wynik leczniczy tego cierpienia. Zaznaczałem i podkreślałem, że dotychczasowe wyniki po naświetlaniu nie są tem *„optimum"*, jakiego spodziewać się możemy i musimy po tej metodzie leczniczej. Jest to bowiem metoda nowa, będąca jeszcze dotychczas w ciągłym rozwoju i w miarę jej doskonalenia wyniki muszą być coraz lepsze. Pominąwszy inne okoliczności złączone ściśle z właściwością tej metody, podnieść należy jako rzecz wielkiej doniosłości samą technikę naświetlania, od której w znacznej mierze zależy wynik leczniczy. W Klinice lwowskiej stosujemy naświetlania od roku 1921. W ciągu tych ubiegłych 10-ciu lat zwracaliśmy na technikę naświetlania bardzo wielką uwagę. Zmienialiśmy ją i modyfikowali z biegiem czasu w miarę zdobywanych doświadczeń i czynionych spostrzeżeń i przekonaliśmy się, że po każdej modyfikacji dotychczasowego postępowania i stosowanej techniki mieliśmy i mamy wyniki coraz lepsze.

Przekonaliśmy się ponadto, że oprócz techniki naświetlania jest rzeczą kolosalnej doniosłości, aby leczenie dane przeprowadzone było systematycznie i to, o ile możności, bez przerwy i jak najrychlej. Przekonanie to opieramy również na spostrzeżeniu, że mieliśmy wyniki lecznicze daleko lepsze u tych chorych, u których właśnie w wspomniany sposób mogliśmy przeprowadzić leczenie, aniżeli u tych, u których z tego lub owego powodu leczenie się przewlekało i musiało być przerywane, a temsamem rozciągało się na czas znacznie dłuższy.

Nie wspominam już o innych równie ważnych okolicznościach, które wpływają na ostateczny wynik leczniczy jak np. ścisła i dokładna kontrola chorych przez czas dłuższy po skończonem leczeniu, zwracanie uwagi na stan ogólny jako też poszczególnych organów i odpowiednie leczenie, warunki, wśród jakich chora się znajduje i t. d.

O tych okolicznościach niejednokrotnie miałem sposobność wypowiedzieć się w poprzednich publikacjach, w których też obszernie je omawiałem.

Na tem miejscu chcę zwrócić uwagę na jedną okoliczność, która w leczeniu raka macicy gra zasadniczą rolę i do pewnego stopnia decyduje o losie chorych. Mam na myśli mianowicie czas rozpoczęcia leczenia (bez względu na to czy zapomocą operacji, czy też zapomocą naświetlań).

Nie ulega wątpliwości, że wyniki lecznicze raka macicy, jakiemi dzisiaj możemy się poszczycić, są o wiele lepsze w porównaniu z wynikami, jakie wykazywały statystyki lat ubiegłych choćby nawet na początku bieżącego stulecia. Stało to się dzięki udoskonaleniu techniki operacyjnej i rozwojowi metody naświetlań. Jeżeli mimo to i dzisiaj jeszcze dość znaczna ilość kobiet ginie z powodu tego cierpienia, to dzieje się to znów przeważnie i najczęściej nie z innego powodu, jak tylko dlatego, że albo leczenie ich jest już niemożliwe, lub rozpoczyna się wówczas, gdy sprawa nowotworowa rozwinęła się za daleko.

Wprawdzie możemy energją promienną leczyć a nawet wyleczyć niektóre przypadki raka macicy nie nadającego się już do operacji lecz doświadczenie wykazuje, że i przy tym sposobie leczenia wyniki są tem lepsze, im wcześniej leczenie rozpoczęliśmy. A zresztą nie wolno zapominać, że w przypadkach raków macicy nie nadających się do operacji względnie zaniedbanych odsetek wyleczenia zapomocą naświetań wynosi zaledwie, krytycznie biorac, około 16%, podczas gdy ten sam sposób leczenia w przypadkach przejściowych daje odsetek wyleczenia 5 razy lepszy, bo przeszło 50%.

Wynika z tego, że poprawa tych stosunków tylko wówczas jest możliwa, jeśli nam się uda u chorych na raka rozpocząć leczenie jak najwcześniej t. j. w czasie, gdy tak stan miejscowy jak i ogólny chorej daje wszelkie widoki wyleczenia.

Niestety stwierdzić należy, że przeważna część chorych na raka macicy zgłasza się do nas w stanie, w którym widoki skutecznego leczenia względnie wyleczenia najczęściej są bardzo małe. Z materjału kliniki lwowskiej wynika, że przeszło 83% chorych zgłasza się po poradę w stanie zaniedbania, gdyż 90% tychże chorych kwalifikować musimy do grupy IV.

Zastanawiając się zaś nad przyczynami tego faktu, to wymienić ich należy kilka. Najważniejsza może jest ta, że rak macicy rozwija się początkowo prawie bez żadnych objawów, któreby zwróciły uwagę chorej a zwłaszcza, że nie sprawia bólów, które najczęściej chorego skierowują do lekarza. Z innych objawów początkowych wymienić należy odchody zrazu krwawe, później dopiero cuchnące, początkowo zwykle nieregularne i skąpe, nieraz pokazujące się dopiero w pewnych okolicznościach np. po stosunku. I te objawy zwykle nie przedstawiają dla chorych żadnej grozy ich stanu, a ponieważ nie są one zbyt charakterystyczne, więc nic dziwnego, że chore, zwłaszcza mało inteligentne, nie zwracają na nie uwagi. Jeżeli zwłaszcza objawy te wystąpią u chorych będących w wieku przekwitania, nie można się dziwić, że nie budzą one żadnego podejrzenia, gdyż chore te uważają je zazwyczaj za stan normalny jako właściwy ich wiekowi. Jeśli do tego chora jest niedbałą, nie dba o siebie, lub jak nieraz się zdarza, boi się lub wstydzi się iść do lekarza, mijają miesiące całe, sprawa chorobowa czyni postępy i mija odpowiednia chwila w której rozpoczęcie leczenia dawało najlepsze szanse wyleczenia.

Poprawić te stosunki, to znaczy poprawić wyniki lecznicze. W tym też kierunku winna być rozpoczęta akcja, któraby w odpowiedni sposób uświadamiała jak najszersze rzesze kobiet. Stać się to może zapomocą stworzenia w całym kraju całego szeregu p o r a d n i, t. zw. rakowych na wzór istniejących poradni gruźliczych i innych. Wzgląd na nazwę samą, która u wielu kobiet może wzbudzać obawę przed tem cierpieniem, nie powinien grać roli ze względu na doniosłość sprawy i jej ważność społeczną. Wzgląd ten zresztą przez wielu poważnych badaczy, uważany jest za zbyt błahy w stosunku do celu, jakim się winniśmy kierować w tej sprawie, a niektórzy nawet wyraźnie podnoszą, iż właśnie ze względu na doniosłość sprawy winno się otwarcie i wyraźnie mówić i zwracać uwagę kobietom, że rak macicy może występować i rozwijać się bez wyraźnych objawów, ale równocześnie wpoić w kobiety głębokie przekonanie i wiarę, że jest on uleczalny i że wyleczenie jest tem pewniejsze i tem rychlej da się uzyskać, im wcześniej leczenie będzie rozpoczęte.

Zadanie to spełnić mogą wspomniane poradnie, zapomocą których jest możliwe w obecnych warunkach uchwycić niejako przypadki raka macicy początkowe i w razie objawów podejrzanych skierować je do lekarza. Poradnia taka winna być naturalnie odpowiednio urządzona i zorganizowana, personel jej należycie wyszkolony winien swem postępowaniem taktownem dbać o zdobycie zaufania kobiet, pouczać je o grożącem im niebezpieczeństwie i namówić do natychmiastowego poddania się badaniu lekarskiemu. Czynność tą winna poradnia spełniać z wielką sumiennością, by nie przeoczyć żadnej chorej na raka i każdą chora z najmniejszemi objawami podejrzanemi natychmiast skierować do lekarza.

Do współpracy w tej akcji należy wciągnąć również i położne, którym w czasie nauki szkolnej należy zwrócić uwagę na doniosłość sprawy — pouczyć je dokładnie o objawach raka macicy i nakazać, aby w czasie swej praktyki zwracały baczną uwagę i dbały o to, aby kobiety z objawami podejrzanemi na raka macicy natychmiast skierowywały do lekarza.

Rzecz naturalna, że nieodzownym warunkiem pomyślnego rozwoju tej akcji jest współpraca lekarzy praktyków, którzy w sprawie leczenia raka macicy, o kierunkach leczenia i wynikach winni być należycie wyszkoleni i pozostawać w ścisłym kontakcie z centralą leczniczą. Na czem kontakt ten polega wyłuszczyłem obszerniej w pracy p. t. „W sprawie organizacji leczenia raka macicy energją promieniotwórczą" (Ginekologja Polska Tom VIII. 1929).

Tylko w ten sposób zorganizowana akcja może sprawić, że do leczenia otrzymywać będziemy mogli przypadki daleko korzystniejsze, a temsamem uzyskać wyniki daleko lepsze.

Dr. Karol KNOSSOW. Truskawiec.
Dr. Jan ROSENBUSCH. Lwów.
Asystent Zakładu Patologji og. i dośw. U. J. K.

O działaniu żółciopędnem wód truskawieckich („Naftusi“, „Zosi“ i „Marysi“) oraz o wpływie ich na wydzielanie moczu.

Z Zakładu Patologji ogólnej i doświadczalnej U. J. K. we Lwowie. (Dyr. Prof. Dr. Marjan Franke).

Dotychczasowe wiadomości o działaniu wód truskawieckich opierały się prawie wyłącznie na empirji. Chorych skierowywało się do zdrojowiska przedewszystkiem na podstawie długiego doświadczenia praktycznego, że te a te wody wywierają korzystny wpływ leczniczy w danem schorzeniu. Istnieją zaś tylko nieliczne prace kliniczne, odnoszące się do Truskawca, jak prace Praschila, Rydygiera, i Gerusa, dotyczące wydzielania moczu pod wpływem „Naftusi“ oraz ostatnio ogłoszona Proszowskiego o wpływie wody ze źródła „Marji“ w Truskawcu na zachowanie się stosunków wydzielniczych żołądka. Brak zaś jakichkolwiek prac, dotyczących wpływu wód truskawieckich na wydzielanie żółci. Wobec tego, chcąc uzyskać podstawy doświadczalne działania wód z Truskawca w tym kierunku, podjęliśmy nasze badania na zwierzętach i to przedewszystkiem nad wydzielaniem żółci. Myśl ta nasuwała się tembardziej, że w ostatnich latach lekarze skierowują do Truskawca coraz częściej i w coraz większej liczbie chorych z cierpieniami dróg żółciowych. Należało stworzyć ścisłe podstawy dla tych wskazań leczenia w Truskawcu. Poza tem podjęliśmy w podobnym celu badania nad wydzielaniem moczu i jego składników pod wpływem podawania tych wód.

Do doświadczeń posłużyły nam wody ze zdrojów „Naftusi“, „Zosi“ i „Marysi“, dostarczane w stanie zupełnie świeżym przez Zarząd Zdroju w Truskawcu, za co mu na tem miejscu serdecznie dziękujemy.

Przedewszystkiem przypomnimy skład chemiczny tych wód:

„Naftusia“ ma charakter hipotonicznej szczawy alkaliczno-ziemnej i zawiera następujące związki w ilości obliczonej na 1000 g wody:

Dwuwęglanu wapniowego $Ca(HCO_3)_2$	0,43100
Dwuwęglanu magnezowego $Mg(HCO_3)_2$	0,16567
Dwuwęglanu sodowego $NaHCO_3$	0,02137
Dwuwęglanu potasowego $KHCO_3$	0,01075
Chlorku magnezowego $MgCl_2$	0,02525
Siarczanu magnezowego $MgSO_4$	0,04656
Bezwodnika krzemowego SiO_2	0,00819

Skład „Marysi“, wody słono-glaubersko-żelazistej, przedstawia się następująco:

Siarczanu wapnia $CaSO_4$	1.11370
Siarczanu magnezu $MgSO_4$	0.44549
Siarczanu sodu Na_2SO_4	1,38095
Chlorku sodowego NaCl	4,64440
Dwuwęglanu sodowego $NaHCO_3$	0,35112
Dwuwęglanu żelazawego $Fe(HCO_3)_2$	0,01572
Dwuwęglanu potasowego $KHCO_3$	0,05503
Bezwodnika krzemowego SiO_2	0,01479

„Zosia“ zawiera:

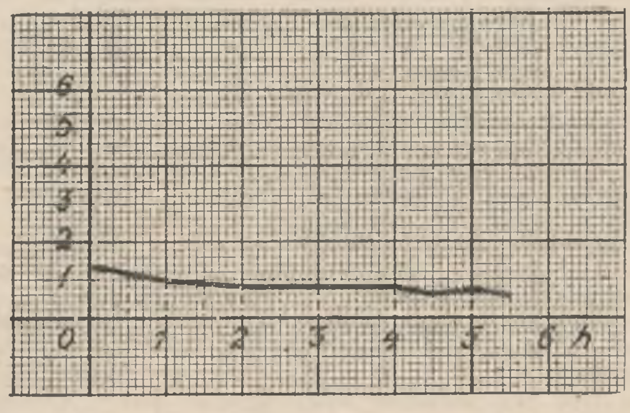
Siarczanu wapnia $CaSO_4$	1 85045
Siarczanu magnezu $MgSO_4$	0,75090
Chlorku sodowego NaCl	9,51560
Chlorku magnezowego $MgCl_2$	0.20637
Dwuwęglanu magnezowego $Mg(HCO_3)_2$	0,04344
Dwuwęglanu potasowego $KHCO_3$	0,28423
Bromku potasowego KBr	0,05927
Dwuwęglanu żelazawego $Fe(HCO_3)_2$	0,01307
Bezwodnika krzemowego SiO_2	0,00834

Jest ona wodą słono-gorzką.

Technika doświadczeń, dotyczących wydzielania żółci, ulegała w toku badań modyfikacjom, zależnie od naszych spostrzeżeń, jednakowoż wyniki zawsze przedstawiały się zgodnie. Doświadczenia przeprowadzone były w sposób ostry. Z tej też racji chcąc uzyskać bezpośrednie działanie na ustrój, próbowaliśmy z początku wlewać wody dożylnie, lecz to okazało się nieracjonalne z powodu łatwo występującej hemolizy, wobec tego przeszliśmy do podawania ich zwierzętom zgłębnikiem do żołądka, ażeby uzyskać zupełną analogję między doświadczeniem, a praktyką leczniczą. W dalszym toku doświadczeń bardzo praktycznym okazał się sposób wprowadzania tych wód do żołądka wprost przez wkłucie cieniutkiej igły przez ścianę żołądkową, a to ze względu na to, że zabieg ten jest zupełnie lekki, mniej brutalny nawet, niż wprowadzenie sondy przez przełyk do żołądka, a minimalna ranka wkłucia nie drażni ściany i nie zmienia jej zdolności wchłaniania. Wprowadzaną wodę podgrzewano zawsze do ciepłoty zwierzęcia. Zaznaczyć przytem należy, że początkową ilość płynu, którą zwierzęciu podawano, obliczaliśmy według wagi tegoż, a mianowicie 30 cm³ płynu na 1 kg wagi zwierzęcia, potem zaś (tylko u królików) wstrzykiwaliśmy jednakową średnią we wszystkich przypadkach, a mianowicie stale 100 cm³.

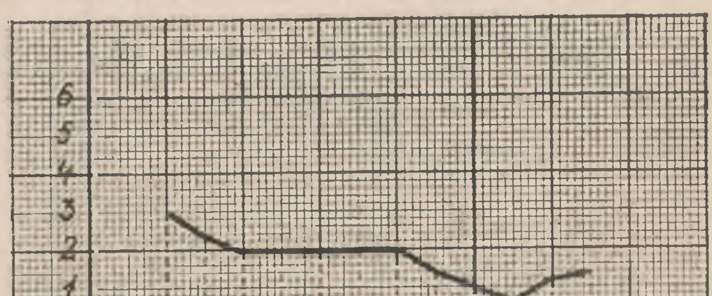
Żółć uzyskiwaliśmy w następujący sposób: U uśpionego zwierzęcia wykonywaliśmy laparotomję cięciem w linji środkowej w górnej trzeciej części brzucha, dochodziliśmy do przewodu żółciowego, podwiązywaliśmy go tuż obok ujścia do dwunastnicy, a po nacięciu wprowadzaliśmy cienki cewnik moczowodowy w ten sposób, by żółć wychodzącą z licznych bocznych gałązek płatowych przewodów wątrobowych mogła się do niego swobodnie przedostawać. Cewnik utrwaliśmy zapomocą podwiązki, poczem zaszywaliśmy ranę laparotomijną. Wydzielającą się żółć zbieraliśmy do próbówek w porcjach półgodzinnych i to przez sześć godzin. Jako zwierząt doświadczalnych użyliśmy psów — zwierząt typu wszystkożernych, — oraz królików — typu trawożernych — a to dla uzyskania dokładniejszego i wszechstronniejszego obrazu działania wymienionych wód.

Pierwsza grupa objęła doświadczenia, w których po przygotowaniu zwierzęcia w wyżej opisany sposób, zbieraliśmy żółć bez wlewania jakiegokolwiek płynu do żołądka. Miało to na celu zaobserwowanie wydzielania żółci w warunkach opisanego zabiegu operacyjnego — bez ubocznych wpływów. Jak niżej przedstawiona przykładowa krzywa wykazuje, w warunkach tych żółć nie wydziela się równomiernie, lecz każda następna porcja jest mniejsza od poprzedniej, wydzielanie okazuje dążność do wyczerpania się — krzywa wydzielania spada powoli w ciągu sześciu godzin. Końcowe porcje są małe, przyczem początkowe, wyjściowe, różnią się w poszczególnych wypadkach pod względem całkowitej ilości. Spadek jest naogół równomierny. (Krzywa 1).



Krzywa nr. 1.

W drugiej grupie do powyższego zabiegu dołączyliśmy wlanie podgrzanej wody wodociągowej dla stwierdzenia, jak wprowadzenie płynu, jako takiego, do żołądka wpłynie na wydzielanie żółci. I tu wydzielanie wyczerpuje się w ciągu sześciu godzin, choć

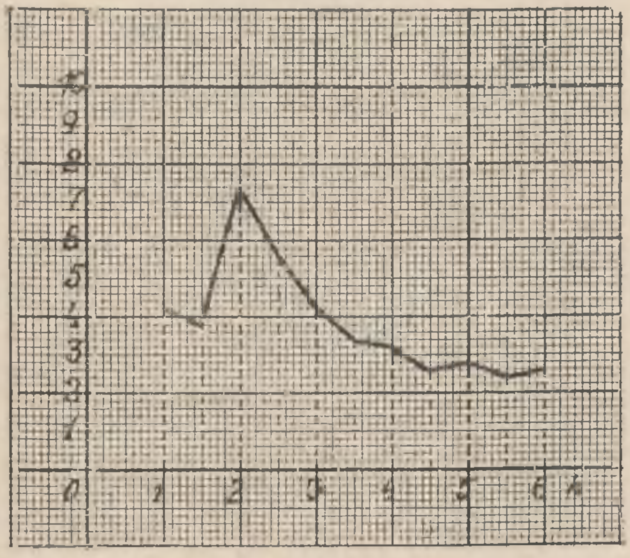


Krzywa nr. 2.

powolniej, czasami zaś spostrzegaliśmy gwałtowne załamanie się wydzielania i to około czwartej godziny po wlaniu. Brak w każdym razie jakichkolwiek wzniesień na krzywej wydzielania. Wynika z tego, że wlanie płynu obojętnego (wody) w jeden z wyżej opisanych sposobów nie ma wpływu na tok wydzielania żółci. (Krzywa 2).

Na tle tych kontrolnych doświadczeń bardzo wyraźnie zaznaczyło się działanie swoiste trzech badanych przez nas wód truskawieckich.

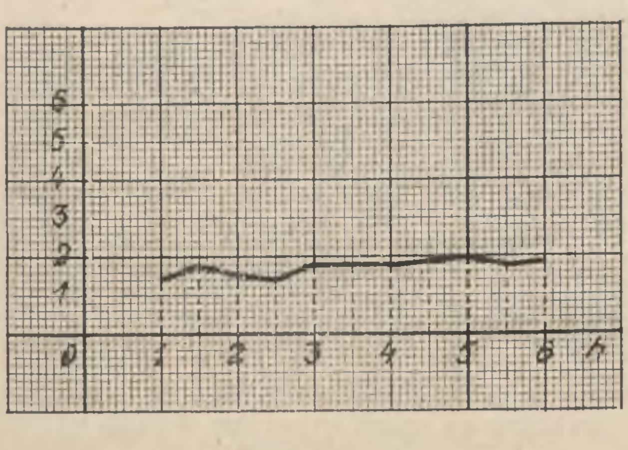
Pierwszą z nich była woda ze źródła „Naftusi". Podobnie, jak przy doświadczeniach z wodą wodociągową, (jak zresztą i przy pozostałych wodach truskawieckich), zbieraliśmy dwie kontrolne próbki w odstępach półgodzinnych, a to ze względu na różnice ilościowe wydzielania żółci u poszczególnych zwierząt. Następnie wlewaliśmy zwierzęciu odpowiednią ilość „Naftusi". Krzywa zachowywała się bardzo typowo. Po wstrzyknięciu „Naftusi" do żołądka w pierwszej, po wlaniu, porcji półgodzinnej żółci zauważyć się dał lekki spadek, choć nie zawsze, następna zaś, t. j. druga porcja wzrastała bardzo gwałtownie. Wzrost był duży, wynosił bowiem 50—100% wyjściowej ilości, przytem charakterystyczne było to, że wzrost dotyczył tej jednej porcji, która była zarazem szczytowym punktem krzywej wydzielania przy „Naftusi". Potem następował spadek równie szybki, w ciągu pół lub jednej godziny osiągający wartości wyjściowe. Następne porcje utrzymywały się na poziomie przeciętnego wydzielania, lub wykazywały bardzo nieznaczny spadek, nigdy jednak nie było tak szybkiego wyczerpania wydzielania, jak w wyżej opisanych badaniach kontrolnych. Do znaczenia tej reakcji po „Naftusi" powrócimy w związku z omawianiem wskazań leczniczych wód truskawieckich. Niżej podana krzywa, jedna z licznych doświadczeń, ilustruje opisany przebieg wydzielania po zastosowaniu „Naftusi". (Krzywa 3.).



Krzywa nr. 3.

W identyczny sposób przeprowadziliśmy doświadczenia z wodą ze źródła „Zosi". Zwierzęta nie reagowały wprawdzie w tak ściśle jednolity sposób, jak po „Naftusi", lecz ta reakcja pozwala wysnuć jednolite wnioski co do wpływu „Zosi" na wydzielanie żółci, które jednak jest wogóle słabsze, niż przy innych wodach truskawieckich. Wszystkie doświadczalne przypadki, dotyczące wpływu „Zosi" można podzielić na trzy grupy:

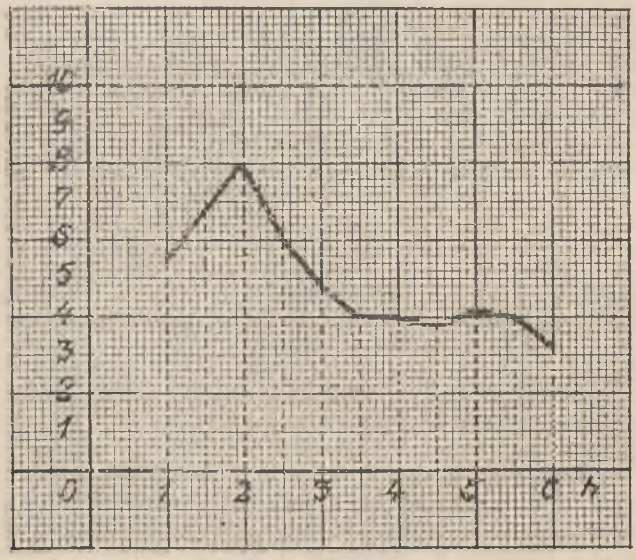
W pierwszej widzieliśmy trwałe podtrzymywanie wydzielania żółci przez omawianą wodę. Wydzielanie nie okazuje dążności do wyczerpania się, jak w doświadczeniach kontrolnych.



Krzywa nr. 4.

Poszczególne porcje półgodzinne są sobie równe, krzywa przedstawia się pod postacią linji poziomej, nieraz z lekkiem załamaniem bezpośrednio po wlaniu, które to załamanie występuje zarówno w doświadczeniach z wodą wodociągową, jak i z innemi wodami. Odnieść należy je do nieznacznego urazu, jaki dla ustroju zwierzęcia stanowi wprowadzenie w jakikolwiek sposób płynu do żołądka (Krzywa 4.).

W drugiej grupie wzrost wydzielania na krzywej przypomina wzrost po „Naftusi", różni się jednak od niego tem, że jest powolniejszy, krzywa nie osiąga swego szczytu w jednej porcji, lecz wzrost, jak również spadek, jest rozłożony na kilka porcyj półgodzinnych. Fala wzmożenia wydzielania jest łagodniejsza, jak po „Naftusi", choć czasem równie wysoka. (Krzywa 5.).

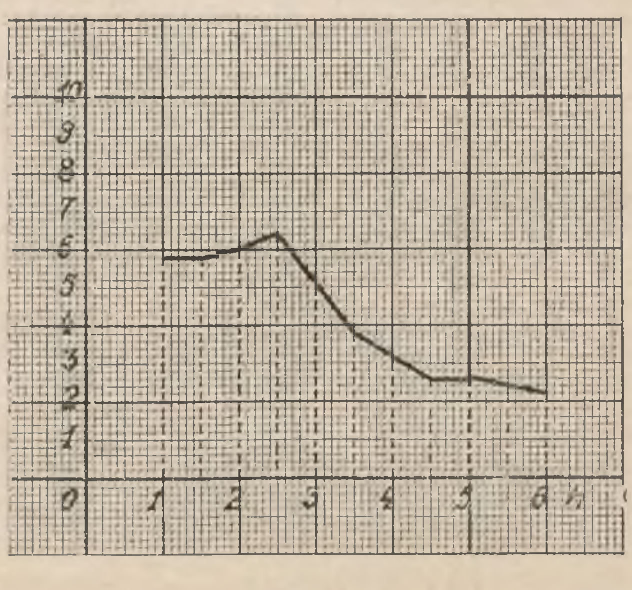


Krzywa nr. 5.

Wreszcie przypadki trzeciej grupy wykazywały krzywą, podobną, jak w drugiej, lecz fala wzrostu występowała między piątą, a szóstą godziną, zatem w dziesiątej do dwunastej porcji. Była ona zatem bardziej odsunięta od chwili wlania „Zosi".

W dotychczasowych doświadczeniach nie zauważyliśmy wybitniejszych różnic w zachowaniu się psów (wszystkożernych) i królików (roślinożernych). W obserwacjach nad działaniem wody ze źródła „Marysi" różnica ta zaznaczyła się.

Wspólną cechę stanowi fala wzmożenia wydzielania, która u obu rodzajów zwierząt jest rozciągnięta na dłuższy czasokres, dość wysoka, choć niższa niż przy podaniu „Naftusi". U królika, jak to z poniżej przedstawionej krzywej widać, jest wzrost wydzielania szybszy, bo zaznaczający się w pierwszej, lub drugiej porcji po wlaniu, u psa natomiast jest on bardziej odsunięty od chwili wlania „Marysi". Fala wzmożenia wzrostu jest jednak zawsze wyraźna.



Krzywa nr. 6

Zbierając to, co powiedzieliśmy o działaniu poszczególnych trzech wód truskawieckich, stwierdzamy, że wszystkie trzy mają wpływ pobudzający na proces wydzielania żółci.

Dodać należy, że wspólną cechą działania tych trzech wód jest również miejsce uchwytu. Otóż dało się ono stwierdzić wyraźnie w doświadczeniach na królikach. Żółć tychże, pochodząca wprost z miąższu wątrobowego z ominięciem woreczka jest jasna, rzadka, zielonkawa, przeźroczysta. Woreczkowa jest brunatna, znacznie ciemniejsza i gęstsza. We wszystkich doświadczeniach z wodami truskawieckiemi wzmożenie wydzielania dotyczyło wyłącznie żółci jasnej, wątrobowej, a nie ciemnej, woreczkowej. Stąd nasuwa się wniosek, że wody te działają jako *choleretica,* a nie *cholagoga.* Punkt uchwytu działania ich leży więc w miąższu wątrobowym, a nie w woreczku.

Zauważyliśmy przytem ilościową, a nie jakościową różnicę między działaniem „Naftusi", a pozostałych wód. Najszybciej, najsilniej, choć najkrócej, działa „Naftusia", działanie zaś dwu pozostałych nie jest tak silne, lecz bardziej przewlekłe, przyczem „Marysia" działa najłagodniej, choć wybitnie.

Co się tyczy wskazań leczniczych w schorzeniach dróg żółciowych, które nasuwały się na podstawie powyższych rozważań, to „Naftusia" nadaje się przedewszystkiem do stosowania w kamicy żółciowej, a to z powodu jej doraźnego, gwałtownego i szybkiego działania w doświadczeniach. Stosowanie „Naftusi" w tych razach mogłoby przyczynić się do wydalania kamieni, a przedewszystkiem dzięki ostremu przepłókaniu i tem samem wydaleniu drobnoustrojów z dróg żółciowych, działać przeciwzapalnie.

Obraz eksperymentalny działania „Naftusi" zgodny jest z obserwacjami lekarzy z Truskawca, którzy spostrzegali liczne przypadki napadów kamicy żółciowej przy jej stosowaniu.

Dwie pozostałe badane przez nas wody: „Zosia" i „Marysia", dzięki powolniejszemu, a trwalszemu działaniu żółciopędnemu, nadają się przedewszystkiem do powolnego przepłókiwania dróg żółciowych w stanach zapalnych tychże i do normalizacji funkcji komórek wydzielniczych wątroby w schorzeniach miąższu wątrobowego, a zatem w przypadkach, w których działanie gwałtowne i szybkie jest niepotrzebne.

* * *

Oddzielną grupę doświadczeń stanowiły badania, jakie podjęliśmy nad działaniem „Naftusi" na wydzielanie moczu i jego składników u zwierząt. Zatrzymamy się nad niemi krótko, bo istnieje łatwość przeprowadzenia ich na ludziach, a wartość badań ludzkich praktycznie byłaby większa.

Technicznie doświadczenia przeprowadziliśmy w następujący sposób: Cięciem dolnem w linji środkowej otwieraliśmy u uśpionego psa jamę brzuszną, odsłanialiśmy moczowody, nacinaliśmy je i wprowadzaliśmy płytko cewniki moczowodowe, a po umocowaniu ich, zbieraliśmy co pół godziny poszczególne porcje moczu. Po uzyskaniu dwu kontrolnych próbek, wlewaliśmy sondą do żołądka „Naftusię" i obserwowaliśmy zmianę w wydzielaniu, którą porównywaliśmy potem z wydzielaniem moczu po podaniu zwykłej wody wodociągowej, u zwierząt kontrolnych. Uwagę zwróciliśmy na wielkość porcyj i na wydzielanie azotu w poszczególnych porcjach. Azot oznaczaliśmy mikrokieldalem. Badanie wydzielania chlorków nie dało wyników takich, na których możnaby się oprzeć.

Po wlaniu do żołądka „Naftusi" w ilości 60—80 cm^3 na 1 kg wagi otrzymywaliśmy ostry i wybitny wzrost ilościowy wydzielania moczu, większy, niż po podaniu wody wodociągowej. Wzrost ten utrzymywał się przez 3—3½ godziny. Krzywa wydzielania wykazywała czasem, ale niezawsze, dwie fale ku górze. Jedna z nich pochodziła prawdopodobnie od działania „Naftusi" po wchłonięciu z żołądka, druga zaś po wchłonięciu tejże z powierzchni jelita. Krzywa, przestawiająca wydzielanie azotu w moczu po „Naftusi" podnosiła się gwałtownie i wysoko. Ilość bezwzględna ogólna wydzielonych z moczem ciał azotowych w okresie wzmożenia wydzielania była zawsze znaczniejsza, niż po podaniu zwykłej wody wodociągowej.

W doświadczeniach powyższych „Naftusia" wykazywała z jednej strony wybitne działanie moczopędne, a z drugiej wypłókujące z organizmu końcowe produkty przemiany materji. Wyniki nasze, jak widzimy, są zgodne z ogólnie znanemi wskazaniami stosowania „Naftusi" u chorych.

Piśmiennictwo.

Monis: Zeitschrift für Urologie 1930. B. XXIV. H. 6. — Gerus: Lwowski Tygodnik Lekarski 1911, nr. 29. — Rydygier: Medycyna. — Praschil: Przegląd Lekarski 1904. — Proszowski: Nowiny Lekarskie 1931. Z. 9.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. med. Józef ALEKSIEWICZ, operator-ortopeda. Lwów.

Cewnikowanie kanału rdzeniowego przez otwór międzykręgowy sposobem Calvé'go przy porażeniu obustronnem w chorobie Potta.

Odczyt w Towarzystwie Lekarskiem lwowskiem w grudniu 1928, z pokazem chorej.

Z prywatnej kliniki i lecznicy chirurgiczno-ortopedycznej Dra Józefa Aleksiewicza, oddziału chorób nerwowych szpitala państwowego Prym. Dra Aleksandra Domaszewicza i zakładu anatomji patologicznej U. J. K. Prof. Dr. Witolda Nowickiego.

Przypadek, który dziś Panom przedstawię nie budzi zaciekawienia ze względu na istotę sprawy chorobowej, gdyż to tak dobrze znana i rozpowszechniona choroba: porażenie obustronne, której tłem jest gruźlica kręgu, lecz zainteresuje Panów z powodu wykonanego przezemnie po raz pierwszy u nas zabiegu Calvé'go cewnikowania kanału kręgowego. Przyczyną porażeń połowiczych w chorobie Potta mogą być:

1. Ucisk, oddzielonego kawałka kostnego przez gruźliczy proces chorobowy z tylnej części trzonu, w kierunku na rdzeń, który z tej przyczyny zostaje ściśniętym. Równoczesne istnienie załamania linji kręgosłupa, tak często spotykany garb gruźliczy, nasuwa obserwatorowi myśl ucisku mechanicznego, przedewszystkiem kostnego.

2. Drugą przyczyną może być ropień gruźliczy, zawdzięczający swe powstanie rozpadowemu niszczącemu procesowi w trzonie kręgu. Ropień może występować pod postacią:

a) płynną mniej lub bardziej, jest on otoczony torebką, w której obok ropy, znajdują się większe i mniejsze martwaki, jako też pozostałości tkanki martwiczej.

b) grzybiastych zserowaciałych mas ziarniczych, które naciskają na oponę twardą rdzenia w kierunku światła kanału rdzeniowego.

3. Trzecią przyczyną może być zapalenie gruźlicze opony twardej rdzenia *(pachymeningitis — myelitis tuberculosa)* a jestto logiczne następstwo możliwości przejścia zakażenia przez ciągłość z chorego trzonu kręgowego na rdzeń.

Pierwszą z przyczyn wymienionych t. j. ucisk mechaniczny martwaki na rdzeń, uważano długi czas za przyczynę najczęstszą; przedstawicielem tej opinji był Trendelenburg, ponieważ w 8-miu przypadkach, przez niego operowanych 5 razy spostrzegał martwaka jako przyczynę uciskania rdzenia.

Porażenia tego rodzaju zjawiają się zwykle nagle, z powodu niespodzianego załamania się kręgosłupa pod wpływem obciążenia jego części próchniczej. Może się przytem zdarzyć, że brzeg ostro zakończony części martwaka, przetnie rdzeń lub wbije się weń. (historja choroby 3). Miałem jednak chorych, u których porażenie obustronne rozwijało się stopniowo z dnia na dzień, zyskując na nasileniu objawów, nie występowało ono nagle, a jednak napewne przyczyną jego był ucisk kostny (Hist. chor. 2).

Za drugą przyczynę porażenia połowiczego uważamy od czasu pracy Kraskego: ropień. Kraske na materjale 52 chorych, dokładnie zbadanych stwierdził, że przyczyną porażenia połowiczego jedyny raz był ucisk kostny, a 51 razy powodem porażenia był ropień. Francuz Menard, którego praca traktująca o chorobie Potta, jest wyczerpującą i autora tego uważać należy za pierwszorzędnego znawcę tego przedmiotu, również uważa ropień jako zwykłą przyczynę porażenia obustronnego w chorobie Potta, ucisk zaś kostny za rzadszą jego przyczynę. Do wyświetlenia tego zagadnienia przyczynił się ostatnio Calvé, który również cewnikiem swego pomysłu wydobywał często ropę z kanału kręgowego.

Sprawie ropni przykręgowych należy poświęcić nieco uwagi skoro one tak często stają się przyczyną ciężkiego stanu a, jak zobaczymy, przez niedostępność swego położenia albo narażały dotąd chorego na ciężkie lub niebezpieczne zabiegi, lub też wytrącały z ręki lekarza wszelką pomoc jaką niósł choremu.

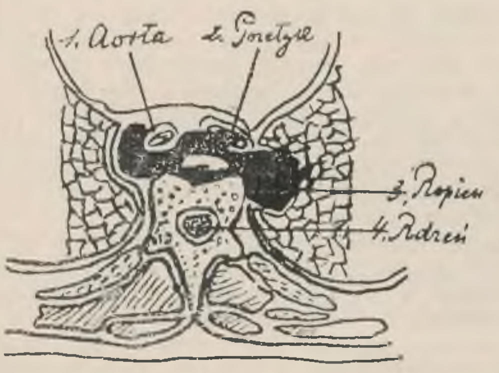
W wielu przypadkach porażeń, których przyczyną były ropnie, leczenie zachowawcze ortopedyczne nie dawało pomyślnych wyników. Przypadki takie nauczyliśmy się uważać za stracone i chorych pozostawiano nieubłaganemu losowi: śmierci, lub też, co rzadko, operując, nie zawsze osiągaliśmy rezultat a często narażaliśmy ich na skrócenie życia. Calvé podaje sposób prosty, łatwy, dla chorego nieprzykry, cewnikowania kanału rdzeniowego, który to zabieg w krótkim czasie wraca władzę w porażonych kończynach.

Prątek Kocha zostaje zawleczony drogą naczyń do okostnej, do szpiku kostnego, do tkanki kostnej *(tela osea),* lub też oderwane większe masy zserowaciałe zatykają większą gałązką tętniczą. Zaka-

żenie odbywa się więc drogą naczyniową przez zator naczynia krwionośnego, a zasługą Lexera jest ustalenie na eksperymencie faktu, że ognisko gruźlicze w kości odpowiada anatomicznie stwierdzonym rozgałęzieniom naczyń krwionośnych.

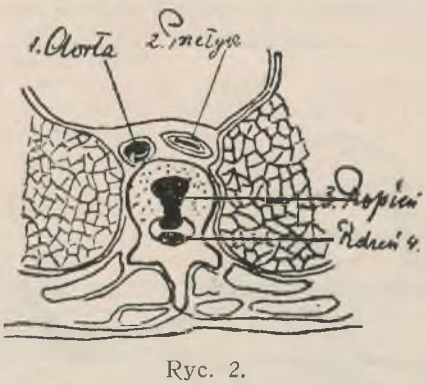
Wtargnięcie drobnoustrojów w kość kręgu — mówimy jedynie o trzonie, pomijając łuk i jego najbliższe otoczenie: wyrostki i stawy żebrowo kręgowe — wytwarza ognisko tkanki ziarninowej, lub gruźliczy martwak (sekwester). W jednym i drugim przypadku powstaje ropa, która zależnie od umiejscowienia procesu gruźliczego, przebija na zewnątrz kręgu przez powierzchnię przednią, przez tylną, lub w kierunku do tarcz kręgowych, t. j. ku górze lub ku dołowi.

Zachodzą w tym okresie ropnia trzy możliwości, z których należy sobie zdać sprawę, ponieważ poznanie tych stanów potrzebnem jest do uświadomienia wartości i znaczenia zabiegu Calvé'go, a nie mniej także do jego zrozumienia. Może zajść wypadek, że proces gruźliczy umiejscowi się bliżej przedniej ściany trzonu: zniszczenie obejmuje jego przednią część , którą od reszty oddzieli. Ropień wytworzy się wówczas na przedniej ścianie kręgu. Stan taki widzimy na rycinie 1.



Ryc. 1
Ropień, umiejscowiony w przedniej stronie trzonu. Powstał ze zniszczenia części przedniej.

W przypadku drugim proces niszczenia ma ułatwioną pracę bardziej ku tyłowi, ku światłu kanału rdzeniowego, a to dzięki temu, że w tej części, bliższej kanałowi nastąpiło zawleczenie prątka do szpiku kostnego lub, ponieważ w tej części zostały zatorowane gałązki naczyń na większej przestrzeni. Ropień przebije prędzej do światła kanału rdzeniowego i wywrze nacisk na rdzeń, wskutek czego powstanie porażenie połowicze. Rycina 2 przedstawia schematycznie przekrój preparatu z takiego przypadku.



Ryc. 2.
Na rycinie 2 ropień rozpoczynający się z środka trzonu przebił do środka kanału rdzeniowego, wywołując ucisk rdzenia. Na rycinie 3 dalszy rozwój destrukcji kręgu i zwiększenia się ilości ropy, która wytworzyła dużych rozmiarów zbiorowisko na przedniej stronie kręgu.
(Ryciny 1 i 3 wzięte z pracy F. Loeflera, rycina 2 własna).

Trzecią możliwością będzie stan, który może być dalszym etapem przypadku pierwszego lub drugiego. Proces żrący w kości po wytworzeniu ropnia typu pierwszego lub drugiego niszczył w dalszym ciągu kość ku tyłowi w pierwszym, ku przodowi w drugim razie tak, że w końcu nastąpi połączenie pomiędzy przednią a tylną (kręgową) powierzchnią trzonu, połączenie wypełnione ropą gruźliczą, w której pływają, obok prątków, liczne małe martwaki kostne. (Rycina 3).

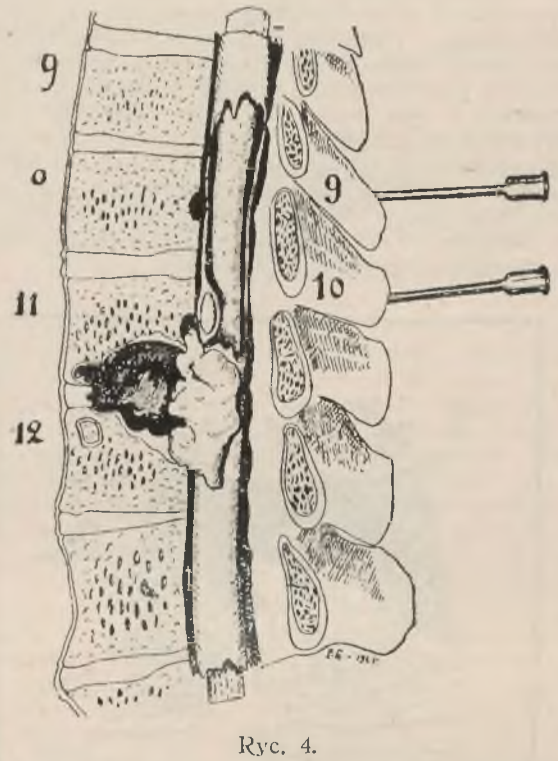
W przypadku pierwszym niema powodu do objawów ze strony rdzenia, ponieważ nie jest on uciśnięty. Przypadek drugi może dać objawy ucisku, tem większe, im więcej nazbiera się ropy w miejscu ograniczonem pomiędzy rdzeniem, a środkiem trzonu. W przypadku trzecim, wydostanie się ropnia na zewnątrz trzonu z jego wnętrza może być powodem zmniejszenia nasilenia objawów porażennych — tak często w wywiadach podkreślanych — lub przeciwnie dostanie się ropy do kanału rdzeniowego, jeżeli proces niszczenia skierowany jest od przodu ku tyłowi, może być początkiem porażenia.



Ryc. 3.

Ropnie okołokręgowe mogą dosięgać dość wielkich rozmiarów, a drogi, któremi posuwają się są już dziś dokładnie zbadane.

Treść ropnia może być dwojaka: płynna lub w postaci mas serowatych. Tak jedna jak i druga treść ropnia, ma to samo znaczenie czynnika uciskającego w stosunku do uciskanego rdzenia. Tak jedna postać jak i druga powoduje ostatecznie porażenie połowicze.



Ryc. 4.
Przekrój podłużny rdzenia w przypadku jak na rycinie 2. Ucisk ropy czy też mas serowatych na rdzeń. Masy te powstały ze zniszczenia środka kręgu.
(Rycina wzięta z pracy Calvégo).

Mechanizm ucisku na rdzeń — obojętne, czy przyczyną jest kość, czy ropień — jest wszechstronnie zbadany. Pierwszym widocznym skutkiem ucisku jest niedokrwność danego odcinka rdzenia. Przez nacisk choćby nieznaczny, następuje mechaniczny zator dróg chłonnych leżących między oponami tak, że te niewielkie przeszkody są powodem zastoju w odpływie limfy, a temsamem powodem powstania obrzęku zastoinowego. Obrzęk ten zwiększy w dalszym ciągu ucisk na wielkie zatoki oponowe, nie pozostanie on też bez wpływu na krążenie w żyłach opony twardej. Te zmiany chorobowe badane były na drodze doświadczalnej przez K a h l e r a i S c h m a u s a zapomocą zastrzyków woskowych.

Zastoina uciskiem powodowana, działa jak trucizna chemiczna na pierwociny nerwowe rdzenia. Włókna osiowe zanikają, powstaje rozpad (rozmiękczenie), a wreszcie tkanka łączna śródmiąższowa *(neuroglia)* zaczyna bujać i prowadzi do gojenia, daje bliznę. Zatem dopiero w długotrwałych porażeniach, blizna rdzenia powoduje w końcu przerwanie jego przewodnictwa.



Ryc. 5.
Schemat laminektomji (wedle F. Loefflera).

Nawet w bardzo poważnych podręcznikach, spotyka się często z określeniem *pachymeningitis,* a nawet *myelitis tuberculosa.* Ze stanowiska anatomo-patologicznego określeniom tym niemożna niczego zarzucić, ponieważ stany te spotyka się na sekcjach. Nie można ich brać jednak w rachubę przy łóżku chorego w analizie i rozważaniu przypadku. Dlaczego? Przedewszystkiem procesy te występują nie pierwotnie, a zawsze następowo, jako wynik długotrwałego schorzenia, zawsze w łączności ze sprawą chorobową, która niszczy krąg, a masy ropno-serowate prze w kierunku kanału rdzeniowego. Przez bezpośrednią styczność materjału zakaźnego z oponą twardą następuje naprzód zapalenie w otoczeniu opony twardej, przechodzące następnie w zapalenie zewnętrzne opony twardej, a więc proces chorobowy długi czas toczy się w zewnętrznej warstwie twardej opony i nie atakuje wewnętrznej. Z końcem choroby, trwającej całe lata, ale też i u kresu życia chorego, proces gruźliczy zdoła wreszcie pokonać opór stawiany mu przez oponę twardą, przechodzi na rdzeń, wywołując w nim gruźlicze zapalenia ową *Myelitis tuberculosa,* której niesłusznie już znacznie wcześniej przypisywano powstanie porażenia.



Ryc. 6.
Schemat kostotranswersektomji (wedle F. Loefflera).

Tak więc widzimy, że jako przyczynę ucisku przyjmujemy przedewszystkiem ropień, nie wykluczamy ucisku mechanicznego przez odłamek kostny, jakkolwiek jest on przyczyną bardziej rzadką, a nie przyjmujemy zaś pierwotnego zapalenia rdzenia na tle gruźliczem, ponieważ przypuszczenie takie nie jest zgodne ze stanem faktycznym i co gorsza, skazałoby nas na nieczynność tam, gdzie właśnie należy rozwinąć cały zasób energji w celu ratowania chorego.

Dotychczasowe sposoby leczenia porażennych postaci gruźlicy kręgosłupa będą tłem, na którem w całej wypukłości uwydatni się prosty, a jednak genjalny pomysł Dra Calvé.

Sposoby te podzielić się dadzą na dwie grupy, na zabiegi bezkrwawe i krwawe, a Panowie sami osądzą, jakie korzyści przynosiły, lub też na jakie niebezpieczeństwa narażały chorego. I jeszcze jedno. Dotychczasowe sposoby tej i tamtej grupy niezawsze można zastosować jak n. p. zabiegi operacyjne. Inne, dostępniejsze, nie dadzą wyniku a w następstwie tego chory zostanie pozostawiony nieubłaganemu losowi — śmierci. Pozostanie w obwodzie zabieg Calvégo łatwy, stosunkowo prosty, logiczny a, co najważniejsze, zmierzający do celu nie dalekiego, bo zaledwie kilka centymetrów oddalonego od powierzchni skóry.

Ze sposobów bezkrwawych wymienię:

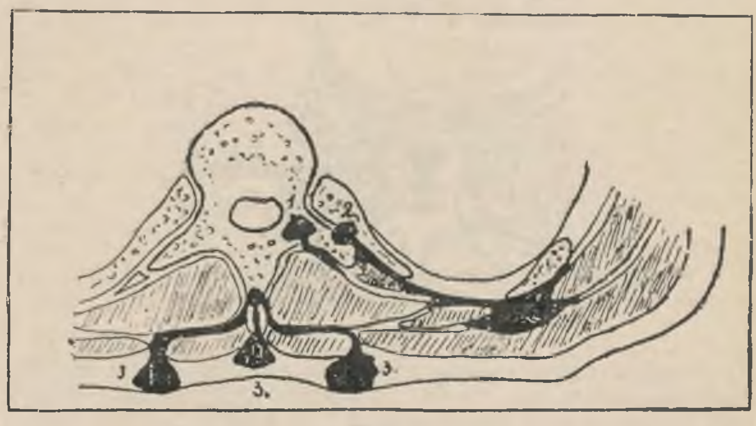
1. *Redressement forcé Calota.* Przypadki w ten sposób leczone znane są w piśmiennictwie, a uleczono tym sposobem porażenie długotrwające. (Calot, Pean Hoffa, Henle) (patrz historja choroby 3). Masy ziarnicze, czy też ropnie gruźlicze, po przerwaniu swej otoczki mają dość miejsca do wypróżnienia się w czasie *„redressement"* i tem samem uwalniają rdzeń od ucisku. Wskazaniem do takiego zabiegu były dotąd beznadziejne przypadki (wedle autorów niemieckich) z tem, że chorego, czy też otoczenie jego, należało ostrzec przed niebezpieczeństwem uogólnienia procesu.

2. Drugi sposób polegał na stosowaniu podpórczych aparatów ortopedycznych, lub też na ułożeniu chorego na wznak z równoczesnym wyciągiem. W ten sposób uzyskiwano pomyślne wyniki w pewnym procencie porażeń połowiczych, nawet u chorych, u których porażenie trwało miesiące i lata. Statystyka, podana przez Lorenza, Dollingera, Littla, Reinerta, Vulpiusa i innych, wykazuje nawet duży procent uleczeń bo 100 na 160 porażeń. Na wynik tego sposobu leczenia należy czekać miesiącami, wymaga on stałej opieki lekarskiej i nie może być przeprowadzony w warunkach przeciętnego chorego.

3. Trzecim sposobem leczenia porażenia było zwyczajne nakłucie ropnia opadowego, jeżeli ropień taki utworzył się szczęśliwie dla chorego w odległem miejscu dostępnem dla tego zabiegu. Przez opróżnienie dużego ropnia opadowego silnie wypełnionego, stwarza się wolną przestrzeń, do której spływa zawartość ropnia mniejszego, komunikującego, a mającego swoje siedlisko w kanale rdzeniowym. Przypadek taki, opisany przez Joahimsthala, należy pewnie do rzadkości, a był on szczęśliwym zbiegiem okoliczności dla chorego. Rycina 3-cia przedstawia obraz stosunków anatomicznych, jakie przy tego rodzaju przypadkach jak Joahimsthala mogą zachodzić.

Do zabiegów krwawych, stosowanych w razie nieudania się poprzednio wymienionych, należy zaliczyć:

1. Pierwsze próby dojścia do ropnia a także i do chorego trzonu kręgu czyli do ogniska chorobowego celem wydrapania go i usunięcia, robione były przy sposobności otwierania zimnych ropni i to takich, które na drodze najkrótszej wydostawały się na wierzch, zaznaczając swoją obecność guzem chełboczącym tuż przy kręgosłupie. Po nacięciu takiego ropnia operator szedł drogą znaczoną przez ropień na krąg, który wydrapywał ostrą łyżeczką



Ryc. 7.

lub usuwał dłótem. W ten sposób operowali autorzy niemieccy. Fränkel, Israel, Vogel, Francuzi; Chevasse, Reeves i Podres. Zabieg starano się wykonać wcześnie, podobnie jak w owym czasie zalecano także wycięcie stawów wczesne, a sposób Israela i Fränkla polecano w latach 1900 ogólnie, jeżeli ropień umiejscowił się tuż obok kręgosłupa. Zabiegi te niezawsze uwieńczone były pomyślnemi wynikami jak o tem poucza ogłoszony przypadek Israela. Należy nadmienić w tem miejscu, że ropnie około kręgosłupa, na tylnej stronie klatki piersiowej powstające, pochodzą najczęściej z umiejscowienia się procesu ropnego w części łukowej kręgu lub z miejsc sąsiednich, n. p. stawu żebrowo-kręgowego. Ta postać gruźlicy kręgowej nie może dać objawów uciskowych

i nazywa się: *Mal vertebral postérieur* (Lannelongue). Na rycinie 7-mej przedstawiony jest przekrój tej właśnie postaci, wedle Fr. Loefflera z pracy: *Die Pathogenese und Therapie der Spondylitis tuberculosa*.

2. Szereg autorów, jak Boeckel, Reclus, Aushurst, Vincent, przestali się oglądać na istnienie ropnia i idąc z boku kręgosłupa tuż przy kręgu w kierunku na trzon oczyszczali go z części chorych. Nie mając drogi wskazanej przez ropień, jak poprzednicy, napotykali oni na znaczne trudności techniczne (opłucna) a wyniki tych zabiegów były tak fatalne, że w latach 1900—1905 przestrzegano w Niemczech przed wykonywaniem tych zabiegów. Przyczyn tych niepowodzeń należało szukać: w trudności dostępu do ogniska chorego kręgu, niemożności usunięcia całego ogniska, przez co pozostawały przetoki oporne na gojenie i powodujące zakażenie wtórne wycieńczające chorego, a w końcu leczenie mechaniczne było albo niemożliwem, lub bardzo utrudnionem po tego rodzaju zabiegu.

3. Około roku 1888 Macuwen Jakson, a w Niemczech już wcześniej bo około roku 1882 Hoffa wykonali *laminektomję*, której celem było uwolnienie rdzenia od ucisku. Przez zdjęcie łuków kręgów uzyskano dostęp do rdzenia, uwalniano go z obrastających mas serowatych i wycinano zgrubiałą tkankę z bezpośredniej okolicy opony twardej (Rycina 5).

4. Francuz Menard w 1895 zastosowywał w podobnych przypadkach *costotrans-verseklomję*, t. j. zabieg krwawy, polegający na wycięciu (resekcji) 2—3 wyrostków poprzecznych kręgów i odnośnych główek żebrowych, a to celem dojścia do trzonu kręgu. Następnie, po usunięciu jego części chorych do przestrzeni poza oponą twardą przednia kanału rdzeniowego. (Rycina 6).

5. Vincent w sposób podobny do poprzedniego, który nazwał *„drenage transverso-vertebral"*, odsłaniał trzon kręgu, który w końcu drenował, a różnił się tem od Menarda, że dwoma cięciami z obu stron kręgosłupa i równolegle do niego prowadzonemi, odsłaniał krąg z dwu stron.

6. W Niemczech Kraske-Horsley posługiwali się metodą Menarda, osiągali również przód kręgu i kanału rdzeniowego, pracując zamiast dłótem kleszczami kostnemi, począwszy od wyrostków kolczastych, a na trzonie skończywszy. Po zabiegu układano chorego na łóżeczku reklinacyjnem z wyciągiem. I tu wyniki nie były dobre i to z tych samych przyczyn, jakie wymieniłem przy poprzednio opisanych operacjach siostrzanych. Wyniki tych zabiegów operacyjnych przy gruźlicy kręgów powikłanej porażeniem, dawały 5% śmiertelności w następstwie samego zabiegu, reszta chorych umierała w przeciągu 3 do 12 miesięcy z powodu ropienia, odleżyn lub zakażenia moczowego. Mały odsetek polepszeń po pewnym czasie wykazywał nawrót porażenia. Jedynie u dzieci dobremi wynikami mógł się poszczycić Tillaus.

Na ogół wziąwszy, operacje krwawe wykonywane w postaciach porażennych gruźlicy kręgosłupa, przyśpieszały koniec życia chorych pomimo, że koniec ten poprzedzał okres krótkotrwającego polepszenia się stanu.

Dlatego też starano ściśle określać wskazania do zabiegów operacyjnych, a tem samem wyłączano mnóstwo przypadków, jako nienadających się do leczenia.

C. d. n.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Z. MALKIEWICZ, asystent kliniki. Kraków.

Przypadek nerczycy lipoidowej u dziecka ze względnem wyleczenem.

Z Kliniki chorób dziecięcych Uniw. Jagiell.
Dyrektor: Prof. Dr. Ksawery Lewkowicz.

Zapatrywania nasze na pewną część chorób nerkowych zmieniły się w ostatnich dziesiątkach lat bardzo gruntownie. Tyczy się to przedewszystkiem przypadków określanych dawniej klinicznie jako zapalenia miąższowe przewlekłe, anatomicznie, jako duża biała nerka, brightowska *„large white kidney"*, a które obecnie oznaczamy nazwą nerczycy (nefrozy), w szczególności jeśli chodzi o postać najbardziej czystą, o nerczycę lipoidową. — Można mieć obecnie poważne wątpliwości, czy podłożem istotnem tego cierpienia są rzeczywiście zmiany nerkowe, gdyż spostrzegamy w tych przypadkach głębokie zaburzenia w przemianie materji, które są, być może, sprawą pierwotną. Z temi zagadnieniami teoretycznemi łączy się ściśle zmiana w naszem postępowaniu leczniczem, mająca wielkie znaczenie praktyczne. I tak stosowaną dawniej ogólnie dietę „nerkową" zatem przeważnie mleczną musi się uważać obecnie w przypadkach nerczycy, nietylko za bezcelową, ale wprost za szkodliwą, a znów unikanie leków silnie pobudzających czynność nerek jak środki rtęciowe okazuje się nieusprawiedliwionem, gdyż nerki są tu tylko wtórorzędnie zmienione, ale ich sprawność nie jest głębiej dotknięta.

Wymowną ilustracją tego wszystkiego może być przypadek poniżej opisany.

Należy dodać, że nerczyca samoistna jest to jednostka chorobowa, z którą pedjatra spotyka się znacznie częściej niż internista. Według Knauera (1.) 6—8% wszystkch chorób nerkowych u dzieci przypada na nerczyce. Rosemmöller (2.) oblicza nawet ten odsetek na 20, lecz zalicza on tu także nerczyce dyfterytyczne, które mają zasadniczo inny obraz.

J. P. chłopiec lat 5-ciu zgłosił się do kliniki 26 kwietnia 1929. Z wywiadów dowiadujemy się, że w lutym tegoż roku zauważono u chłopca obrzęk twarzy, głównie w obrębie powiek; w marcu zaczął się powiększać brzuszek; ojciec dziecka wezwał wówczas lekarza, który rozpoznał chorobę nerek. Pomimo leczenia i stosowania ścisłej diety, przeważnie mlecznej, obrzęki były coraz większe i stan ogólny chorego się pogarszał. Poprzednio chłopak poza odrą i zapaleniem ślinianki przyusznej żadnych chorób nie przechodził. Jednakże zawsze był blady i wyglądał niezdrowo.

Przy przyjęciu stwierdzono następujący stan obecny: chłopiec o budowie prawidłowej, ciężar ciała 19 kg, wzrost 97 cm. Bardzo znaczne obrzęki skóry i tkanki podskórnej na twarzy, brzuchu, w okolicy lędźwiowej i na kończynach dolnych. Skóra na brzuchu silnie napięta, lśniąca, blada, na worku mosznowym zaczerwieniona, sącząca; silnie obrzękła i napięta na prąciu i napletku. Brzuch znacznie powiększony, rozlewający się na boki; chełbotaniem i opukiem stwierdza się dużą ilość wolnego płynu w jamie brzusznej i wysokie ustawienie przepony. Wątroba w prawej linji sutkowej wychodzi na trzy palce poprzeczne z pod łuku żebrowego. Inne narządy zmian nie przedstawiają. Ciśnienie krwi systoliczne 95 mm Hg. Badanie krwi: Hb — 78° Sahliego. Wskaźnik barwny 0.78. Ciałek czerwonych 4.840.000; ciałek białych 13.400. Limfocytów małych 14,5%; limfocytów dużych 22%; leukocytów obojętnochłonnych 48%; leuk. kwasochłonnych 5%; i leuk. zasadochłonnych 0.5%, monocytów 10%.

Badanie moczu: mocz mętny barwy winowo żółtej; ciężar gatunkowy 1.017, odczyn kwaśny, chlorki zmniejszone (0,14%); białko 12‰; w osadzie bardzo liczne wałeczki ziarniste i szkliste, pojedyncze leukocyty, nabłonki płaskie i nerkowe stłuszczone, lipoidy dwułomne, krwinek czerwonych niema.

Na trzeci dzień po przyjęciu oznaczyliśmy ciśnienie osmotyczne ciał białkowych surowicy zapomocą osmometru Govaertsa. Wykazało ono niebywale niską wartość, gdyż tylko 11,3 cm wody w porównaniu do 43 cm, jakieśmy otrzymywali u dzieci zdrowych (3). Już przy sposobności wzięcia surowicy do oznaczenia ciśnienia osmotycznego przekonaliśmy się, że przedstawia się ona prawie mleczno-biało, co wskazywało na znaczną lipemję. Potwierdziło to badanie chemiczne surowicy, wykonanie dzięki uprzejmości kliniki neurologicznej, w pracowni chemicznej tejże kliniki. Badanie to przeprowadzone 21. V. wykazało: chlorki surowicze (obliczone na Na Cl) — 0.558%; cholesterol — 0.650%; (przeszło 3-krotnie wzmożony!) azot całkowity — 0.745%; azot białkowy 0.687%; azot globulinowy 0,489%; azot albuminowy 0.198%. Białko z azotu 4 29%; stosunek albumin do globulin (A/G) 0.404.

Nazajutrz po przyjęciu dziecka do Kliniki odpuszczono mu z jamy brzusznej 500 cm³ płynu przejrzystego, lekko opalizującego o niskim ciężarze gatunkowym (1,004), bardzo małej zawartości białka (0 06%) i dość znacznej chlorków (0.63%). Chory pozostawał w obserwacji klinicznej przez 6 miesięcy. W ciągu czterech pierwszych miesięcy obserwowaliśmy stany podgorączkowe z nieprawidłowemi jedno- lub kilkodniowemi wzniesieniami temperatury do 39°. Zwykle w okresie tych gorączek stan ogólny chorego się pogarszał, obrzęki były większe; dwukrotnie pojawiały się na skórze swędzące wykwity o charakterze wysypki anafilaktycznej (rumienie i pokrzywka). Z objawów kataralnych zauważyliśmy tylko w początkach pobytu w klinice lekki nieżyt oskrzeli; przewlekłego nieżytu jamy nosowej, ani zajęcia zatok nosowych którym to zmianom Aldrich (4) przypisuje duże znaczenie w etjologji nerczycy, nie mogliśmy stwierdzić. W pierwszym miesiącu obserwacji występowały zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego w postaci czyszczeń i częstych wymiotów. Z badań dodatkowych przeprowadzono jeszcze u chorego badanie dna oka, prześwietlenie promieniami Roentgena klatki piersiowej, próby tuberkulinowe i odczyn Wassermanna; wszystkie te badania dały wynik ujemny.

Od samego początku ograniczyliśmy choremu ilość przyjmowanych płynów, kierując się ilością wydzielanego moczu i ograniczyliśmy bardzo znacznie sól w pokarmach. W przeciwieństwie do

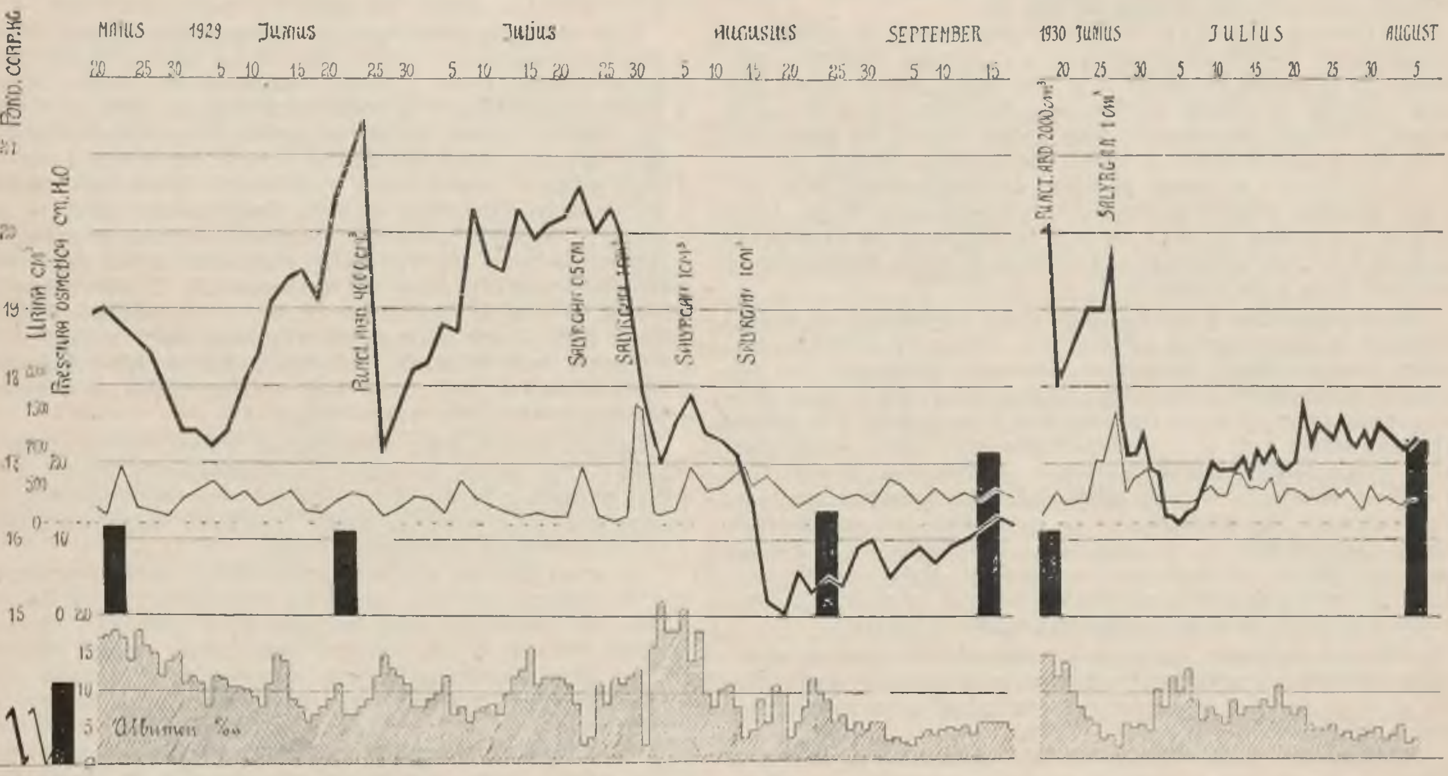
jednostronnej diety mlecznej, jaką chory otrzymywał w domu, zastosowaliśmy dietę mieszaną. Chory otrzymywał mięso, jaja, ser, jarzyny, owoce, słodkie leguminy, ciastka i t. d. przyczem kładliśmy specjalny nacisk na obfity dowóz białka. Z leków stosowaliśmy jako środek moczopędny mocznik w ilości najpierw 5-ciu potem 10-ciu gramów na dobę i tyreoidynę trzy razy po pół a później po jednej pastylce; po pewnym czasie zastąpiliśmy ją wielogruczołowym preparatem Lumière'a. Poza tem objawowo zależnie od stanu chorego w danej chwili podawaliśmy mu kofeinę, kardjazol, tannalbinę i inne. Stosowane były również gorące kąpiele z zawijaniami, działające na poty.

Obrzęki po pewnym czasie leczenia trochę się zmniejszyły, lecz niebawem znowu się zaczęły powiększać i chory zaczął przybierać na wadze, jak to widać na załączonej tablicy. Ciężar ciała osiągnął 21.5 kg, obwód brzucha 81 cm; brzuch bardzo znacznie powiększony, napięty; stan ogólny chorego znacznie gorszy. 26. VI. odpuszczono z jamy brzusznej 4 l płynu o cechach tych samych jak poprzednio. Przyniosło to choremu dużą ulgę, lecz już bardzo szybko płyn w jamie brzusznej zaczął się gromadzić z powrotem i chory szybko przybywał na wadze. Postanowiliśmy wówczas wypróbować działanie moczopędne salyrganu.

wiek co pewien czas powiększał się obwód brzuszka i zjawiały się obrzęki na twarzy. W początkach marca 1930 r. zachorował na grypę o dość lekkim przebiegu, po której jednak stan dziecka się pogorszył. Zwiększyły się wyraźnie obrzęki na twarzy i kończynach, brzuszek się stale powiększał; od połowy kwietnia wystąpiły czyszczenia, wymioty, ogólne osłabienie.

28. IV. 1930 chory został przyjęty powtórnie do kliniki. Stwierdziliśmy u niego płyn wolny w jamie brzusznej, obwód brzucha 63 cm, obrzęki kończyn dolnych i twarzy. Ciężar ciała 17 kg. Białka w moczu 15‰, w osadzie moczowym dość liczne wałeczki szkliste, nieliczne nabłonki płaskie i nerkowe. Ciśnienie osmotyczne krwi 11 cm wody. Po 9-ciu dniach obserwacji klinicznej chłopak zachorował na płonicę i został przeniesiony na oddział zakaźny. Przebył tę sprawę bardzo dobrze a w szczególności bez żadnych powikłań ze strony nerek. Powiększyła się tylko znacznie puchlina brzuszna.

17. VI. 1930 chory powrócił do kliniki. Brzuch bardzo znacznie powiększony, obwód 76 cm. Skóra na brzuchu silnie napięta, lśniąca. Ciężar ciała 20 kg, kończyny i twarz bez obrzęków. Na trzeci dzień wykonano nakłucie jamy brzusznej i odpuszczono 2 l. płynu. Wkrótce jednak obwód brzuszka zaczął się znowu powięk-



22. VII. otrzymał chory śródmięśniowo 0,5 cm³ salyrganu; spowodowało to podniesienie się diurezy do 750 cm³ i spadek na wadze o 600 g. 28. VII. wstrzyknięto 1 cm³ salyrganu; diureza się wzmogła do 1700 cm³, ciężar ciała spadł w przeciągu 3-ch dni o 3 kg. 4. VIII. i 11. VIII. wstrzyknięto jeszcze po 1 cm³ salyrganu czemu towarzyszyła dalsza utrata 2 kg wagi i zniknięcie obrzęków. Po tym gwałtownym spadku wagi, wywołanym wzmożoną diurezą, już się obrzęki nie ponowiły, a ciężar ciała podnosił się stopniowo, co odpowiadało przybywaniu na wadze wychudzonego dziecka.

Samopoczucie chorego i stan ogólny uległy znacznej poprawie. Wybitna bladość twarzy ustąpiła miejsca zdrowym rumieńcom; łaknienie wybitnie się poprawiło. Przez dwa ostatnie miesiące obserwacji klinicznej chłopak wstawał z łóżka, biegał, bawił się z dziećmi i uważał się za zupełnie zdrowego.

Do końca pobytu na klinice ilości podawanych płynów były bardzo niewielkie, od 300 do 500 g na dobę. Sól stale bardzo ograniczona, dieta mieszana z dużą ilością białka. Przy końcu zaczęliśmy podawać po 100 g wątroby, której chłopak poprzednio nie chciał przyjmować.

Ilości wydzielanego moczu wciąż były niewielkie, lecz nieco większe niż na początku; białko w moczu utrzymywało się w ilościach 2—5‰. W osadzie nieliczne nabłonki pęcherzowe i nerkowe, bardzo nieliczne wałeczki szkliste; lipoidów dwułomnych nie było.

23. IX. 1929 r. chory opuścił klinikę w tym stanie względnego wyleczenia i w dalszym ciągu w domu miał się dobrze, aczkolwiek

szać i ciężar ciała podniósł się do 19.8 kg. Mocznik stosowany od początku w ilości 10 g dziennie nie wpływał na wydzielanie się moczu, które nie przekraczało 300 cm³ na dobę. Zastosowaliśmy obok niego chlorek amonu w ilości 2.5 g dziennie co się odrazu odbiło na wzmożeniu się diurezy do 840 cm³. Po dwudniowem stosowaniu chlorku amonu chory otrzymał równocześnie z tym środkiem 1 cm³ salyrganu śródmięśniowo. Wydzielanie moczu wzmogło się w tym dniu do 1200 cm³, a w następnym do 1450 cm³. Zmniejszyło się ono wprawdzie później wykazując w różnych dniach wahania od 300 do 600 cm³, lecz udało nam się uwolnić w ten sposób chorego od ogromnej puchliny brzusznej, która już do końca pobytu w klinice nie wystąpiła. Obwód brzuszka zmniejszył się do 60 cm, ciężar ciała utrzymywał się około 17 kg. Dietę stosowaliśmy mieszaną z uwzględnieniem dużej ilości pokarmów białkowych i owoców, jak za pierwszym razem. Ilość białka w moczu obniżyła się po pewnym czasie z 15‰ na 4‰ i chłopak w stanie znacznej poprawy, podobnie jak po pierwszym okresie leczenia, opuścił dnia 5. VIII. klinikę.

Ciśnienie osmotyczne krwi oznaczone w tym dniu wynosiło 23,2 cm wody, a więc podniosło się w dwójnasób.

O stanie chorego otrzymujemy co pewien czas relacje listowne, a 2. XII. 1930 r. mieliśmy możność zbadania go w klinice.

Stwierdziliśmy wówczas, że poprawa uzyskana przez leczenie utrzymywała się w dalszym ciągu. Chłopak znacznie lepiej wyglądał, urósł (105 cm), miał dobry apetyt, był wesoły, żywy, rumiany, jednem sowem wyglądał tak dobrze jak nigdy przed cho-

robą. Dobowe ilości moczu wahały się od 350 — 700 cm³. Białko w moczu stwierdzono w ilości 0.5‰, w osadzie nie było składników patologicznych. Ciśnienie osmotyczne krwi wynosiło 22.5 cm wody. Podczas kiedy przy końcu pierwszej obserwacji odczyn Aldricha (5) wskazywał na istniejącą jeszcze gotowość obrzękową, gdyż bąbel wytworzony po wśródskórnem wstrzyknięciu 0.2 cm³ fizjologicznego roztworu soli znikał po 15 minutach, tym razem bąbel ten utrzymywał się przez 50 minut, a więc tak jak w stanach prawidłowych.

Tej znacznej poprawy osiągniętej w naszym przypadku nie można uważać za całkowite i ostateczne wyleczenie. W każdym razie ciśnienie osmotyczne surowicy wzrosło dwukrotnie, gdyż z 11 cm wody w dniu 21. VI. 1929 podniosło się przy oznaczeniu z dnia 15. IX. 1929 na 21.5 cm, co musi się uważać za poważny wynik chociaż jest ono jeszcze bardzo niskie w porównaniu do stanu prawidłowego. Stosunek albumin do globulin oznaczony tegoż dnia jest jeszcze bardzo znacznie przesunięty na korzyść globulin i wynosi tylko 0.6. Takie same zmiany w ciśnieniu osmotycznem stwierdziliśmy i przy drugiej obserwacji.

Nie można więc mieć pewności, czy po krótszym lub dłuższym okresie poprawy nie przyjdzie nawrót pełnego obrazu nerczycy; ale także nie jest wcale wykluczonem, że poprawa będzie dalej postępować i nastąpi zupełne wyleczenie, gdyż tego rodzaju szczęśliwe zejścia spostrzegali różni autorzy. (Aldrich (4), Fanconi (6) i inni).

Przypadek powyższy zdaje się potwierdzać ustalające się coraz bardziej w literaturze, zwłaszcza pedjatrycznej, przekonanie, że nerczycy nie należy uważać za chorobę li tylko nerek, lecz że jest to cierpienie całego organizmu i zaburzenie w jego przemianie materji. Zmiany w nerkach i ich czynności są tylko częścią ogólnego cierpienia (Munk (8), Stolte (9 i 11), Pagniez (10) i inni).

Zwykle w ciężkich przypadkach nerczycy z bardzo dużemi obrzękami i ciężkim stanem ogólnym, tam gdzie przychodzi do zejścia śmiertelnego — zmiany anatomiczne w nerkach są stosunkowo nieznaczne. Również próby czynnościowe nerek w przypadkach nerczycy wykazują ich zachowaną sprawność.

Na głęboko sięgające zaburzenia w przemianie materji przy nerczycy wskazują duże odchylenia od normy w składzie surowicy względnie osocza.

A więc stwierdzamy przedewszystkiem znaczne zmniejszenie się białka w surowicy krwi (zamiast 7—9% mieliśmy w naszym przypadku 4.3—5%) i przesunięcie we wzajemnym stosunku jego części składowych, mianowicie znaczne zmniejszenie albumin i kilkakrotne zwiększenie globulin: stosunek A/G, który w warunkach prawidłowych wyraża się liczbą 2, tutaj spada do 0.4, a nawet 0.15. Stwierdzono też w przypadkach nerczycy, że fibrynogen w osoczu wykazuje bardzo znaczne zwiększenie. Obok tych zmian w zawartości białka we krwi mamy, jak wiadomo, bardzo duży białkomocz, sięgający czasem do 4%. Również przemiana tłuszczów wykazuje zaburzenia, na co wskazuje zwiększenie się estrów cholesterynowych i kwasów tłuszczowych we krwi. Ilości cholesterolu w surowicy mogą wzrastać 4—5 krotnie. Wreszcie niektórzy zwracają uwagę na to, że i przemiana węglowodanów musi być tutaj naruszona, gdyż badania cukru we krwi dzieci chorych na nerczycę wykazują wartości hipoglykemiczne (Knauer).

W przemianie mineralnej stwierdzono także odchylenia wyrażające się w zmniejszonej zawartości wapnia we krwi i nieznacznie wzmożonej fosforu i potasu. W związku z zaburzeniami w przemianie białkowej pozostaje fakt, na który chciałbym zwrócić specjalną uwagę: ciśnienie osmotyczne ciał białkowych krwi jest obniżone.

Według poglądów Starlinga, Govaertsa, Schadego i innych koloidy osocza, a więc w pierwszym rzędzie ciała białkowe wywierają osmotyczną siłę przyciągającą na ciecz tkankową: siła ta współzawodniczy z inną działającą w kierunku odwrotnym mianowicie z hydrostatycznem parciem krwi. Z chwilą, gdy się ciśnienie osmotyczne obniży, tak, że ciśnienie hydrostatyczne panujące w naczyniach osiągnie przewagę, — powstanie prąd cieczy z naczyń do tkanek, gdzie się ta ciecz będzie gromadzić i utworzy obrzęk.

Otóż w naszym przypadku i w każdym przypadku nerczycy mamy te warunki do powstawania obrzęku. Ciśnienie osmotyczne zamiast 43 cm wody, jakie znajdywałem przeciętnie u dzieci zdrowych, tutaj wynosiło tylko 11 cm. Ciśnienie to obliczone na 1 g białka w 100 cm³ surowicy zamiast 4—5 cm wody wynosiło 2,4 cm.

Nie samo zmniejszenie zawartości białka we krwi, lecz przesunięcie stosunku albumin do globulin gra tutaj tak wielką rolę. Jak wiadomo albuminy, których ciężar cząsteczkowy jest mniejszy od globulin, wywierają ciśnienie osmotyczne prawie czterokrotnie większe niż globuliny. Skoro właśnie albumin ubywa tak znacznie, więc i ciśnienie osmotyczne spada. Govaerts (14) uważa, że przyczyną powstawania obrzęków mogą być dwa rodzaje czynników:

1. albo warunki miejscowe, takie jak wzmożona przepuszczalność naczyń (przy obrzękach zapalnych i toksycznych) płyn obrzękowy zawiera w tych razach znaczne ilości białka; lub też

2. zaburzenie równowagi między ciśnieniem hydrostatycznem a ciśnieniem osmotycznem białek (przy obrzękach zastoinowych, charłaczych i nerkowych) — płyn obrzękowy jest wtedy ubogi w białko, jak to widzimy w naszym przypadku.

W tej drugiej grupie wielkie znaczenie ma prócz tego czynność wydzielnicza nerki, która reguluje zawartość wody w organiźmie.

Zwolnienia i poprawy w przebiegu nerczyc tłumaczy Govaerts (14) właśnie poprawą tej czynności wydzielniczej nerki bez zmiany w pozostałych warunkach powstawania obrzęków.

Mechanizm działania moczopędnych środków rtęciowych (*Novasurol, Salyrgan, Neptal*) jest jeszcze kwestją sporną. Doświadczenia Govaertsa (15) przeprowadzone na psach przemawiałyby za tem, że środki te działają bezpośrednio na nerkę, a nie na zmianę stosunków w tkankach. Doświadczenia te polegały na tem że psu normalnemu przeszczepiano na szyję, wykonując połączenia naczyniowe, nerki psa, poddanego uprzednio działaniu *Novasurol'u*. Okazało się, że te przeszczepione nerki wydzielały mocz 20 do 40 razy obfitszy i zawierający więcej chlorków a mniej mocznika, niż mocz wydzielany przez normalne nerki tego psa, aczkolwiek obie pary nerek były odżywiane i przepłukiwane tą samą krwią. Odwrotnie zaś, kiedy nerki psa normalnego przeszczepiono na szyję psu, któremu przed kilku godzinami wstrzyknięto Novasurol, to te przeszczepione nerki wydzielały mocz prawidłowy, skoncentrowany, podczas gdy z własnych nerek tego psa nastąpiło wzmożone wydzielenie moczu, o charakterze diurezy nowasurolowej. O bardzo skutecznem i efektownem działaniu salyrganu mogliśmy się przekonać w naszym przypadku.

Oprócz działania salyrganu korzystny przebieg tego przypadku przypisać należy stosowaniu mieszanej diety z dużą ilością białka, które musi być dostarczone w większej ilości ze względu na wielkie straty, jakie organizm ponosi przez białkomocz, a którego obfity dowóz jest także pożądany z tego względu, że prowadzi to do podniesienia we krwi ilości mocznika, a więc składnika działającego moczopędnie.

Piśmiennictwo.

1) Knauer: Monatschrift für Kinderheilkunde Bd. 43 S. 445 1929. — 2) Rosenmöller: cyt. według Knauera. — 3) Malkiewicz: Arch. Medyc. Wewn. T. VII. Str. 199. 1929. — 4) Aldrich: Amer. Journ. of Dis. of Childr. Vol. 32. P. 163. 1929. — 5) Aldrich: J. A. M. A. 82. P. 1425. 1924. — 6) Fanconi: Jahrb. für Kinderheilk. Bd. 110. 1925. — 7) Cornelia de Lange: Acta pediatrica. Vol. IX. Str. 30. 1929. — 8) Munk: Nierenerkrankungen. 1925. (cyt. wg. Kollerta). — 9) Knauer: Deutsche Medicinische Wochenschrift. Nr. 35. S. 1457. 1928. — 10) Pagniez: Presse medicale. Nr. 30. p. 486. 1929. — 11) Stolte u. Knauer: Zentralbl. f. Kinderheilkunde. Bd. XX. S. 611. 1927. — 12) Kollert: Klin. Wochenschrift Jg. 5. Nr. 11. S. 441. 1926. — 13) Eckstein: Klin. Wochenschr. Jg. 5. Nr. 38. S. 1787. 1926. — 14) Govaerts: Presse Medic. Nr. 65. p. 1055. 1929. — 15) Govaerts: C. R. Soc. de Biol. T. XCVIII. p. 647. 1928.

Dr. E. MICHAŁOWSKI, st. asyst. kliniki. Lwów.

W sprawie narkozy awertyną.

Z Kliniki chirurgicznej Uniw. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm.

Mimo ogromnego rozwoju techniki znieczulania miejscowego i rozszerzania granic, w jakich może być ono stosowane, uśpienie ogólne nie straciło wiele na swem znaczeniu i pozostało nadal w niektórych przypadkach najwłaściwszym środkiem zniesienia bólu podczas zabiegu. Nic więc dziwnego, że sprawie tej poświęca się dzisiaj wiele badań i prac. Mimo bowiem licznych, niesłychanie ważnych, dodatnich stron, jakie ma znieczulanie miejscowe, liczyć się trzeba również z wstrząsem psychicznym, jakim jest zabieg operacyjny dla każdego prawie chorego. Niektórzy zaś chorzy nie nadają się wogóle z powodu nadmiernej wrażliwości do znieczulania miejscowego.

Z pomiędzy szeregu środków, służących do uśpienia ogólnego, na szczególne uwzględnienie zasługuje awertyna, od kilku lat stosowana i propagowana, szczególnie w Niemczech. Mimo bowiem

początkowych niepowodzeń, które odnieść trzeba przedewszystkiem do braku doświadczenia i błędów w technice stosowania, rozwój uśpienia odbytniczego awertyną postąpił dziś już tak daleko, że szereg klinik rozporządza statystykami ze setek a nawet ponad 2600 (Nordmann) przypadków tego uśpienia bez zejścia śmiertelnego. Kolejno zmieniały się zapatrywania na najodpowiedniejszy sposób dawkowania tego środka. Podczas, gdy początkowo starano się uzyskać zapomocą awertyny zupełną narkozę bez potrzeby dodawania innego środka, przedewszystkiem eteru, dzisiaj ogólnie panuje zapatrywanie, że awertyna jest środkiem, który ma stanowić podłoże do narkozy zupełnej, którą uzyskuje się po podaniu bardzo niewielkiej ilości eteru.

Nie brak jednak jeszcze dziś autorów, którzy zawsze starają się uzyskać pełną narkozę awertynową podając środek ten jednorazowo w wielkiej dawce lub też, stosując podawanie frakcjonowane (Butzengeiger, Sievers). Najważniejszym momentem w stosowaniu uśpienia awertyną jest należyte dawkowanie tego środka.

Ogólnie oblicza się dawkę wedle wagi ciała osobnika, stosując przeważnie 0,1 g na 1 kg wagi. Zupełnie słuszne są jednak zapatrywania, że sposób ten jest zbyt uproszczony i że konieczne jest uwzględnienie innych czynników, o których poniżej będzie mowa.

Jeżeli chodzi o dawkowanie według wagi ciała, to w obliczeniu uwzględnić trzeba ciężar istniejących guzów, puchliny brzusznej, obrzęków, a nawet jak chcą niektórzy, podściółki tłuszczowej.

Zalecają przy obfitym rozwoju pościółki tłuszczowej zmniejszyć o połowę obliczoną wedle wagi dawkę. Z drugiej strony jednak wcale nie stwierdzono specjalnej wrażliwości osób otyłych na awertynę. W przypadkach tych najracjonalniejszem wydaje się określenie w przybliżeniu wagi normalnej takich osobników, biorąc pod uwagę ich wiek, płeć i wzrost. W każdym jednak razie dawka ogólna nie powinna przekraczać u mężczyzn 9-iu u kobiet 8-iu g. Osobniki różnego wieku różnie oddziaływują na awertynę. Dzieci do lat 15-u potrzebują do uśpienia większej ilości tego środka, tak że niebezpieczeństwo przedawkowania nie jest u nich wielkie. Nic więc dziwnego, że w chirurgji dziecięcej środek ten znalazł szerokie zastosowanie (Sievers 1200, Grossmann 500 przypadków). Pomiędzy 24 a 50 rokiem życia spotyka się stosunkowo dość wielką oporność na działanie awertyny, w tym też wieku używając małych dawek możemy nie uzyskać uśpienia należytego. Ale i w tych latach występuje czasami zwiększona wrażliwość i to u ludzi dobrze zbudowanych i rozwiniętych fizycznie (Butzengeiger).

Od 60 roku życia trzeba liczyć się ze silniejszem oddziaływaniem na awertynę; wskazanem więc jest zmniejszenie dawki do 0,08—0,1 na 1 kg wagi (Anschütz, Specht).

Również i płeć ma tu duże znaczenie. Kobiety reagują na awertynę silniej od mężczyzn.

Jak zresztą wogóle w narkozach u alkoholików, silnych palaczy i używających narkotyków, możemy napotkać na pewne trudności i w uśpieniu awertyną. Prócz tego w obliczaniu dawek brać trzeba pod uwagę stan ogólny, wyniszczenie, konstytucję a nawet reakcje danego osobnika na środki narkotyczne wogóle (Anschütz, Specht). Niektóre z tych cech osobniczych, zwłaszcza ostatnio wymienione, mogą być ujmowane subjektywnie nie są bowiem wartościami dającemi się wymierzyć.

Celem więc ułatwienia dawkowania, podane zostały przez Domaniga i Anschütza tabele uwzględniające wspomniane cechy osobnicze. Przykład takiej tabeli, wyjęty z pracy Anschütza i Spechta, zamieszczamy poniżej.

Rodzaj		Wiek		Odporność stan ogólny		Podatność do narkozy	
dzieci	4	1—15	4	b. silny	3	niezdatny	4
mężczyz.	3	15—35	3	silny	2	mało zdat.	3
kobiety	2	35—60	2	mierny	1	dobry	2
starcy	1	60—80	1	zły	0	b. dobry	1

Liczba klasyfikac.	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	0,08	0,085	0,09	0,095	0,1	0,105	0 11	0,115	0,12

12	13	14	15	16	17
0,125	0,13	0,135	0,14	0,145	0,15

Przykład:		
staruszka		1
73 lat		1
stan zły		0
podatność na środ. nark.		1
	Razem	3

Liczba klasyfikacyjna dla 3 — 0,08
waga ciała 50, zatem 0,08 × 50 — 4
wobec czego dawka obliczona 4,0 g.

Awertynę podaje się do odbytnicy w roztworze 2½—3%, przyczem wchłanianie odbywać się powinno tylko z błony śluzowej odbytnicy, nie zaś z esicy lub wyższych odcinków kiszki grubej. W tych częściach bowiem warunki wchłaniania są zupełnie inne, a powierzchnia zbyt duża tak, że przyjść może do nader silnego wchłaniania, do nadmiernego zagęszczenia środka we krwi, a w następstwie do powikłań, o których później będzie mowa. Dlatego też podajemy awertynę pod małem ciśnieniem.

W tym celu skonstruowano nawet dreny, nie pozwalające na przedostanie się narkotyku na wyższe części kiszki grubej (Nordmann Martin, Butzengeiger). W roztworze 2½% wchłania się awertyna wolniej, ale zato działanie jej trwa dłużej, bo do 3-ch godzin, podczas gdy w roztworze 3% działanie jej jest szybsze, ale też bardziej krótkotrwałe. Powodem tego jest szybsze wchłanianie się awertyny od płynu, w którym jest rozpuszczona.

Co do przeciwwskazań, jakie istnieją w podawaniu awertyny, to wymienić należy przedewszystkiem schorzenia wątroby, ostre i chroniczne zapalenie nerek, stany zapalne na błonie śluzowej kiszki grubej, wreszcie stadjum porażenne przy ucisku mózgu i znaczne zmniejszenie się powierzchni oddechowej (Anschütz i Specht). Nie zaleca się również podawania tego środka przy krótkich zabiegach u osób charłaczych i w stanach septycznych.

W klinice naszej stosujemy awertynę od roku, rozporządzamy jednak narazie szczupłą liczbą kilkudziesięciu uśpień, a to z tego powodu, że używaliśmy jej tylko w przypadkach, które nie nadawały się do znieczulenia miejscowego czy lędźwiowego. Nie podawaliśmy jej również naogół u osób bardziej wyniszczonych, trzymając się poza tem ściśle przeciwwskazań. Wobec przyjętego przez naszą klinikę stanowiska, że uśpienie awertynowe ma stanowić podłoże do narkozy, nie przekraczaliśmy nigdy dawki 0,1 na 1 kg wagi uwzględniając zawsze przy dawkowaniu cechy osobnicze o których wyżej była mowa.

Mimo tych małych dawek uzyskaliśmy w kilku przypadkach u kobiet starszych i wychudzonych zupełną narkozę bez podania eteru. We wszystkich innych zabiegach, nawet dłużej trwających, ilości zużytego eteru wahały się od 15—30 g.

Podawaliśmy awertynę w roztworze 3% ogrzewając wodę przekroploną służącą do rozpuszczania do temperat. 38—40 C. Jest to t. zw. *„optimum"* temperatury.

Ponieważ awertyna rozkłada się pod wpływem światła słonecznego i wyższej ciepłoty, w każdym przypadku wykonywano próby z czerwienią Kongo. Przy próbie tej po podaniu do kilku cm³ rozpuszczonej awertyny jednej kropli czerwieni, w razie wyniku dodatniego występuje zabarwienie łososiowe, przy ujemnych niebieskie. W tym ostatnim przypadku należy uważać narkotyk za niezdatny do użytku. Podany bowiem w stanie rozłożonym wywołać może zatrucie, a w lżejszych przypadkach mniej lub więcej silne podrażnienie błony śluzowej kiszki grubej. Na godzinę przed zabiegiem stosowano jako t. zw. *praenarcoticum* morfinę w dawce najwyżej do 0 01 z atropiną.

W podawaniu morfiny trzeba jednak zalecić ostrożność. Środek ten bowiem, podobnie jak awertyna, działa na ośrodek oddechowy, wobec czego może nastąpić działanie zbiorcze obu środków i niemiłe powikłania w przebiegu uśpienia. Stosowanie tego samego, względnie poprzedniego dnia, płókania odbytnicy jest zbyteczne, a nawet niekorzystne, ze względu na to, że pozostałe we fałdach błony śluzowej resztki płynu rozcieńczyć mogą nadmiernie podany narkotyk. Po 8—10 min. po wprowadzeniu awertyny chorzy zaczynają odczuwać senność, która wzmaga się stopniowo. Po 20 min. uśpienie jest zwykle już tak głębokie, że w razie reagowania chorego na początku zabiegu wystarcza zwykle kilka do kilkunastu cm³ eteru do uzyskania głębokiej narkozy. Uśpienie trwa przeciętnie do 2 godz. Nie zauważyliśmy nigdy opisywanego podniecenia po przebudzeniu. Co do powikłań w przebiegu uśpienia awertyną to występują one jako następstwo zadziałania tego środka na ośrodek oddechowy. Objawy tego porażennego działania wystąpić mogą w różnym stopniu sinicy aż do zupełnego ustania czynności oddechowej.

W przypadkach tej asfiksji należy stosować lobelinę, adrenalinę, a przedewszystkiem sztuczne oddychanie kwasem węglowym.

W cięższych przypadkach bardzo dzielnym środkiem ma być upust krwi i dożylne wlewanie płynu fizjologicznego. Przypadki zejścia śmiertelnego wciągu, względnie po uśpieniu, które ogłaszano w początkach ery awertyny polegały głównie na niewłaściwej technice podawania, często na przedawkowaniu wynikającem z tego, że starano się zawsze uzyskać pełną narkozę, a także na nieuwzględnieniu w dawkowaniu poza wagą ciał tych wszyst-

kich indywidualnych cech, o których wyżej wspomniano. Dziś przypadki zejścia śmiertelnego w tem uśpieniu zdarzają się bardzo rzadko, a niektóre wogóle nie można stanowczo odnieść do działania samej awertyny. W naszych kilkudziesięciu przypadkach nie spotkaliśmy się wcale z powikłaniami.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

O wartości leczniczej Morszyna.

Nadchodzi lato, czas wakacji i urlopów, kiedy każdy mieszkaniec miasta stara oderwać się od swojej pracy, swego wytężającego trybu życia, swoich trosk i gdzieś na wsi zaczerpnąć sił na dalszy rok pracy. Równocześnie wszystkie zdrojowiska rozpoczynają swój sezon leczenia piciem wód mineralnych, kąpielami które jest chyba najstarszym sposobem leczenia w medycynie. Każdy chory w tym czasie ma sposobność poświęcić się trosce o swoje zdrowie, wyleczyć się lub przynajmniej podleczyć się ze swych dolegliwości. W tym też czasie chorzy zgłaszają się do swych lekarzy z prośbą, aby im wskazali gdzie mają wyjechać, aby ten czas spędzić z największym pożytkiem dla swego zdrowia.

Teraz lekarz musi wykazać znajomość zdrojowisk ażeby skierować chorego do właściwego dla jego schorzenia zdrojowiska, aby nie narażać chorego na niepotrzebne koszta przez niewłaściwe skierowanie, jak to niestety często się zdarza. Z drugiej strony teraz my lekarzy winniśmy pamiętać, że w obecnym kryzysie finansowym każdy grosz wywieziony zagranicę przyczynia się do zubożenia kraju i do pogorszenia sytuacji. Czem są dla kraju jego zdrojowiska, tak pod względem zdrowotnym jak i pod względem finansowym rozumieją wszystkie państwa. Rozwijają szeroką propagandę swoich zdrojowisk, ściągając do nich ludzi obcych, przeprowadzają dokładne badania naukowe nad działalnością wód. I u nas w tym kierunku powinna pójść praca z największym rozmachem, gdyż nasze zdrojowiska nie ustępują zagranicznym.

Z naszych zdrojowisk bezsprzecznie na pierwszy plan wysuwa się Morszyn, dzięki swym źródłom słono-glaubersko-gorżkim jedynym tego rodzaju na terenie całej Rzeczypospolitej.

Zanim przejdziemy do omawiania wartości leczniczych Morszyna słów parę o jego przeszłości. Pierwsze wzmianki o Morszynie znajdujemy w kronikach z XVI wieku, kiedy ówcześni jego właściciele Braniccy chcieli warzyć sól, która jednak okazała się gorżką i dlatego podjętą pracę zarzucono. Niektóre studnie z tych czasów zachowały się jeszcze do dzisiaj. Później jest głucho o Morszynie, jedynie ludność tamtejsza zwróciła uwagę na szereg leczniczych własności tych wód i używała do swego ludowego lecznictwa. Tamtejsza też ludność zwróciła uwagę na ciekawą własność wód, mianowicie własność gojenia ran. Dopiero kiedy Morszyn przechodzi na własność Bonifacego Stillera wchodzi Morszyn do rzędu zdrojowisk. Człowiek ten pełen energji i inicjatywy zachwycony zaiste malowniczem położeniem Morszyna otwiera zakład początkowo dla chorych na płuca, na wzór Gerbersdorfu. Jednak już w parę lat później pod wpływem D-ra Lutostańskiego, który zwrócił uwagę na zdroje Morszyna, zmienia zakład na zdrojowisko solankowe, które gromadzi jak na ówczesne czasy nawet dość pokaźną liczbę chorych na dnę, reumatyzm, choroby przewodu pokarmowego. W r. 1881 aktem notarjalnym darowuje cały Morszyn, majątek i zakład, Towarzystwu Lekarzy Galicji, jako fundusz wsparcia dla wdów i sierót po lekarzach. Dalszy rozwój Morszyna idzie chwiejnym krokiem, stale walczy Towarzystwo z brakiem finansów tak koniecznych dla poczynienia szerszych inwestycyj. Tuż przed wojną zaczyna się już Morszyn rozwijać dość dobrze, lecz zawierucha wojenna zniszczyła wszystko. W r. 1922 zostaje wydzierżawiony Morszyn Towarzystwu „Zdroje Polskie". Przez ten czas poczyniono cały szereg ważnych inwestycyj. Wybudowano łazienki, przeprowadzono rurami wodę ze Zdroju do tychże łazienek, urządzono zakład zdrojowy gdzie chorzy znajdują pomieszczenie. Ponadto powstało cały szereg nowych will prywatnych. Przedewszystkiem jednak pogłębiono najważniejszy zdrój Morszyna: zdrój Bonifacego i dano nowe cembrowanie, tak iż dzięki temu uzyskano wodę o składzie bardziej stężonym niż dawniej i stałym, niezależnym od opadów atmosferycznych i przeciekania wody zaskórnej.

Morszyn położony jest na podgórzu podkarpackiem, osłonięty od północy łagodnemi wzgórzami, ku południowi otwiera się szeroka i nadzwyczaj malownicza perspektywa na bliski łańcuch Karpat. Leży przy linji kolejowej Stanisławów—Stryj 15 minut drogi od Stryja tak, iż dojazd jest nadzwyczaj wygodny. Podglebie gliniaste nieprzepuszczalne dla wody, jednak naturalny spadek terenu powoduje łatwy odpływ wód deszczowych tak, iż klimat nie jest wilgotny. Według obserwacyj meteorologicznych wykazuje wilgotność 70—80% wilgotności absolutnej, a więc tak jak we wszystkich innych naszych zdrojach. Temperatura średnia w lecie 19°. Morszyn położony w zaciszu, otoczony lasami szpilkowemi posiada powietrze czyste od pyłu co jest bardzo dodatnią stroną rzadziej spotykaną w innych bardziej uczęszczanych zdrojowiskach.

Najważniejszem bogactwem Morszyna są jego zdroje, których posiada Morszyn 7. Z tych jednak eksploatowane są tylko dwa: Zdrój Bonifacego i Zdrój pod Matką Boską wody radioczynnej. Obok Zdroju Bonifacego mamy jeszcze trzy szyby wiertnicze posiadające wodę, pozostają one jednak w komunikacji z głównym zdrojem Bonifacego i posiadają wodę o identycznym składzie. Siódme źródło na folwarku nie jest eksploatowane.

Zdrój Bonifacego jest to stary szacht górniczy pozostały z tych czasów kiedy jeszcze tutaj doszukiwano się soli, który obecnie został pogłębiony do 50 m i otrzymał nowe ocembrowanie zapobiegające rozcieńczaniu solanki przez wodę zaskórną i deszczową.

Pod względem geologicznym woda Zdroju Bonifacego pochodzi z solnej formacji miocenu Podkarpacia. Pogłębienie Zdroju Bonifacego spowodowało zmianę wody wydobywanej obecnie w porównaniu ze składem tejże z przedostatniego rozbioru chemicznego Dra Radziszewskiego z r. 1891. Podczas gdy wtedy suche pozostałości w litrze zawierała woda 70 g w tem siarczanu sodu 28, siarczanu potasu 5, siarczanu magnesu 5, to według ostatniego badania prof. Dzierżgowskiego zawiera suchych pozostałości 230 g a więc przeszło trzy razy więcej. Tablica I. podaje skład wody morszyńskiej w porównaniu ze składem podobnych wód zagranicznych.

	Ilość stałych części w litrze	Ogólna ilość chlorków	Ilość Na Cl	Ilość Na HCO_3	Ogólna ilość siarkanów	Siarkany alkal.	Siarkan sodu	Siarkan magnezu	Ogólna ilość soli magnezu	Uwagi
Morszyn	230,0	156,0	72,0	0	71,0	60,0	41,0	12.0	59,0	
Kissingen	25,0	11,9	7,9	0	12,0	6,25	6.0	5,1	9,2	źródło gorzkie (Bitterquelle)
Friedrichshall	25,3	12,0	7,0	0	12,0	6,0	6,0	5,1	9,0	Bitterwasser
Püllnau	31,0	2,5	0	0	29 0	16,7	16,0	12,1	15,5	
Franc. Józefa	52,0	1,7	1,7	0	49,0	23,1	23,0	24,7	26,5	
Hunyadi Janos	35,0	1,3	1,3	0	32 0	15,9	15,0	16,0	16,0	
Karlsbad	5,4		1 0	1,26			2,4			Mühlbrunn
Marienbad	9,8		2,0	1,45		5,0	5,0		0,6	Kreuzbrunn

Z wody Zdroju Bonifacego przez odkrystalizowanie produkuje się: Morszyńską wodę „gorżką" o składzie: siarczanu sodu 51,02‰, siarczanu magnesu 2,79‰, siarczanu potasu 1,53‰, chlorku sodu 6,24‰, chlorku potasu 0,52‰, chlorku magnezu 0,42‰ i węglanu wapnia 0,03‰. Woda ta w oryginalnych flaszkach rozchodzi się w handlu i używana jest, jako woda gorżka przeczyszczająca, przewyższa swą wartością i skutecznością analogiczne wody zagraniczne (Franc. Józef i t. d.) i przynajmniej u nas powinna je w zupełności zastąpić. Nadto produkuje się do handlu „Morszyńską sól", zawierającą 99% siarczanu sodu, która już rozchodzi się u nas w wielkiej ilości, jako znacznie skuteczniejsza od soli karlsbadzkiej.

Zastanawiając się nad własnościami chemicznemi wody tego Zdroju i porównując z innemi zdrojami krajowemi i zagranicznemi widzimy, że woda Zdroju Bonifacego jest niesłychanie stężona, należy do najbardziej stężonych wód europejskich. Jeżeli porównamy ją z innemi wysoko stężonemi źródłami jak Ischl, Aussee, Reichenhall, Salsomaggiore, Frankenhausen i t. p. to widzimy, że tam jedynie chlorek sodu występuje w wielkiem stężeniu. Jedynie Reichenhall wykazuje stosunkowo wysoką ilość jonów SO_4 w stosunku jednak do wody Morszyńskiej ilość jego jest zupełnie małą. Woda morszyńska zalicza się do wód słono-glaubersko-gorżkich i pod względem swego składu najbardziej zbliżona jest do wody Friedrichshall.

Wobec tak wysokiego stężenia woda ta może być używana jedynie w rozcieńczeniu tak do wewnątrz jak i do kąpieli. Do rozcieńczania używa się wody ze Zdroju pod Matką Boską radioaktywnej co daje bardzo szczęśliwą kombinację. Rozcieńczać możemy w różnych stopniach uzyskując w ten sposób różny rodzaj

działania co naturalnie podnosi wartość samego zdroju a także jego wydatność. W zakładzie zdrojowym używano takich rozcieńczeń któreby pod względem zawartości chlorków i siarczanu odpowiadały znanym w Europie zdrojom o podobnym składzie, a więc do picia tak jak wody w Karlsbadzie, Marienbadzie, Kissingen, Friedrichshall wreszcie wody gorżkie węgierskie.

Co do mechanizmu działania to podnieść muszę, że mechanizm działania wód mineralnych nie jest wogóle łatwy do określenia. Wody mineralne stosuje się opierając się na szerokiej i długiej empirji. Tak n. p. działanie wody karlsbadzkiej, której wpływ dodatni na kamicę żółciową jest stwierdzony ponad wszelką wątpliwość, ma według jednych polegać na pewnem lekkiem żółciopędnem działaniu, na przeciwdziałaniu zastojowi w drogach żółciowych. Inni natomiast jak n. p. Winogradow stwierdzają coś wręcz przeciwnego a mianowicie wpływ hamujący na sekrecję żółci, co ma sprowadzać uspokojenie w drogach żółciowych, uspokojenie kamicy żółciowej, jedyny racjonalny cel leczenia konserwatywnego tego schorzenia. Musimy zauważyć, że nieraz bardzo drobne ledwo dostrzegalne ślady pewnych składników mogą zadziałać jako katalizatory lub modyfikować działanie zasadniczych składników wody mineralnej. Działanie niektórych źródeł n. p. w t. zw. po niemiecku Wildwässer składem chemicznym wytłumaczyć sobie nie możemy. Badanie nad radioczynnością wód rzuciły pewne światło na to działanie, jednak nie wytłumaczyły wszystkiego. W działaniu wód mineralnych mamy do czynienia jeszcze z pewnemi czynnikami fizycznej czy chemicznej natury, których bliżej nie znamy. Do takich interesujących własności wody morszyńskiej należy zdolność korzystnego działania na gojenie się ran, potwierdzana po części przez spostrzeżenia Offenberga, a stwierdzona przez Allerhanda, działanie proszku soli morszyńskiej na *pyorrhea alveolaris* w stosowaniu zewnętrznem. Opierając się jednak na składzie chemicznym wody Bonifacego należy podnieść, że powinno się tutaj ujawnić działanie z jednej strony chlorku, z drugiej strony siarczanów i soli magnezowej. Są to działania nieco rozbieżne zwłaszcza jeżeli chodzi o wydzielanie soku żołądkowego, lecz właśnie dzięki temu możemy dobierać takich stężeń, któreby działały raz w jednym, raz w drugim kierunku. Dalej dzięki temu możemy stosować ją przez czas dłuższy, gdyż n. p. chlorek sodu zapobiega pewnym ujemnym skutkom siarczanu. Zasadniczem i charakterystycznem działaniem wody morszyńskiej jest działanie siarczanów sodowych i magnezowych a więc wód glaubersko-gorżkich to zn. przeczyszczające, odwadniające, odtłuszczające i moczopędne, jako też do pewnego stopnia dodatnio przy dnie. Oprócz stosowania wody morszyńskiej do wewnątrz, używaną ona bywa do wziewań oraz płókania gardła i nosa w ilości 15 cm na szklankę wody. Największe jednak zastosowanie ma woda morszyńska w postaci kąpieli. Tutaj również musimy ją używać w rozcieńczeniach. Rozcieńczeń używa się w zakładzie od 1/4% do 6% czyli od 4 litrów oryginalnej wody na wannę do 64 litrów.

Drugiem wielkiem bogactwem Morszyna jest jego borowina, znajdująca się w obfitej ilości tuż kolo Zakładu kąpielowego. Borowina jak wiadomo powstaje z rozkładu roślinności, torfowisk obumarłych i uległych daleko idącym przemianom w ciągu wieku. Poniżej podana tablica wykazuje skład borowiny morszyńskiej.

W 100 częściach borowiny: ciał organicznych 14,3849, ciał mineralnych 11,6686, wody 73,9512.

Ciała organiczne: kwas mrówkowy 0,0192, kwas próchnicowy 2,2392, próchnicy 5,0624, żywicy ciemno-zielonej 0.1672, komórecznika roślinnego 6.8989.

Ciała mineralne: tlenku żelazawego 1,3079, tlenku glinowego 1,1338, tlenku wapniowego 0,2856, tlenku sodowego 0,0204, tlenku potasowego 0,0806, kwasu fosforowego 0,6349, kwasu siarkowego 0,0669, kwasu krzemowego 8,5010, chloru 0,0648. Ślady strontu i cynku.

Podnieść tu należy sporą ilość kwasu mrówkowego. Co do mechanizmu działania borowiny tej, możemy powiedzieć, że analogiczna jest ona do działania innych borowin, t. zn. przedewszystkiem mechanicznie i termicznie, wreszcie chemicznie bodźcowo na skórę. Prócz tego borowina prawdopodobnie posiada pewne właściwości nie dające się jeszcze w obecnym stanie nauki określić a zależne od niezmiernych zapasów energji słońca ukrytych w odwiecznych złożach torfowisk. Badanie Zorkenderfera nad działaniem borowiny na ustrój wykazują działanie bodźcowe na przemianę materji, które ujawnia się zwiększonem wywozem ciał azotowych i siarkowych, zmniejsza kwasotę moczu, działa bodźcowo na aparat krwiotwórczy.

Przechodząc do kwestji wskazań leczniczych Morszyna podnieść należy, że już z samego faktu bogactwa składników, jak też dzięki stężeniu wody w Zdroju Bonifacego, możemy uzyskiwać szeroką skalę rozcieńczeń, z czego wynika szeroka możliwość zastosowania tej wody w różnych stanach chorobowych. A więc znakomitą poprawę wykazują tam ogólnie biorąc 1) zaburzenia przemiany materji, 2) pewne schorzenia przewodu pokarmowego, 3) zaburzenia w krążeniu, sercu i w naczyniach, 4) zmiany pozapalne, 5) reumatyzm stawowy i mięśniowy, 6) neuralgje, 7) katary dróg oddechowych. Z zaburzeń przemiany materji leczymy w Morszynie dnę w dwojaki sposób: piciem wód i kąpielami mineralnemi i borowinowemi. Kąpiele wpływają bardzo dodatnio na sprawy lokalne, pozapalne zwłaszcza kąpiele borowinowe, które wykazują nawet wpływ na zwiększenie się wydzielania kwasu moczowego drogą moczu. Picie wód mineralnych dzięki działaniu moczopędnemu i działaniu przeczyszczającemu ułatwia wydalanie się kwasu moczowego nawet drogą jelit t. zn. nawet tam gdzie funkcja nerek jest gorsza. To czyszczące działanie jest korzystne jeszcze z tego względu, że u chorych na dnę nieraz spotykamy się z zaparciem stolca. Woda morszyńska ma nawet wyższość nad zwykle polecanemi tu wodami alkaliczno-słonemi, które nawiasem mówiąc według Tannhausera nie mają żadnej możliwości rozpuszczania kwasu moczowego. Wieloletnie spostrzeżenie uczy, że efekt leczniczy Morszyna jest bardzo dobry i utrzymuje się przez czas dłuższy. Radioaktywność wody morszyńskiej z pewnością jest jednym z ważnych czynników sprowadzający ten efekt. Idealne warunki leczenia przedstawia Morszyn dla otyłości. Z jednej strony działając odwadniająco, czyszcząco i moczopędnie, z drugiej strony sole magnezowe działają utrudniająco na wchłanianie się tłuszczu z jelit. Dalej dodatnio działają tu zabiegi wodolecznicze wykonywane w zakładzie, kąpiele mineralne i borowinowe, które są bodźcem dla przemiany materji, na koniec ruch po łagodnie falistym terenie Morszyna.

Jednem z najważniejszych wskazań Morszyna stanowi kamica żółciowa. Dodatni wpływ wód Morszyna polega prawdopodobnie na żółciopędnem działaniu, co zapobiega zastojowi w drogach żółciowych, które znów jest jednem z ważnych czynników powstawania kamieni. Efekty jakie tu się uzyskuje, są tak wybitne, lepsze nieraz niż w Karlsbadzie tak iż Morszyn ma wszelkie warunki na to aby stać się naszym Karlsbadem. Wody tu używa się w wielkiem rozcieńczeniu, gdyż większe stężenia powodują zbyt gwałtowny ruch woreczka żółciowego, co może spowodować napad kamicy. Dzięki żółciopędnemu działaniu nadają się do leczenia w Morszynie sprawy kataralne w drogach żółciowych. Również kamica nerkowa nadaje się do leczenia w Morszynie.

Drugą wielką domeną lecznictwa w Morszynie są schorzenia przewodu pokarmowego — przedewszystkiem zaparcie stolca nawykowe i to głownie typu atonicznego.

Tu woda morszyńska ma tą wyższość nad innemi wodami gorżkiemi, że podawana w małych niedrażniących dawkach może być stosowana czas dłuższy, gdyż nie upośledza działania soków trawiennych, nie powoduje braku łaknienia, nawet wprost przeciwnie, jak doświadczenie uczy, działa dodatnio na apetyt w stanach anoreksji. W większych dawkach działa woda morszyńska znakomicie przeczyszczająco, wywierając skutek bez żadnych boleści, tak, że u nas przynajmniej powinna wyprzeć wody gorżkie zagraniczne, które jej zresztą ustępują w wartości. W chorobach serca i naczyń według Kisch'a i Strassera ze wszystkich wód jednak najlepiej do leczenia nadają się wody solankowo-gorżkie dzięki swemu działaniu odwadniającemu i dzięki regulowaniu stolca, co skutecznie zapobiega tak często występującym objawom jelitowo-sercowym, występującym z powodu wzdęcia, wysokiego stanu przepony i zaparcia stolca, tembardziej, że tego rodzaju wody znoszone są dobrze nawet przy niedomodze nerek, jako że nie przeciążają nerek wypitą ilością wody. Spostrzeżenia Offenberga w Morszynie wykazują wybitnie dodatni wpływ leczenia w Morszynie, niedomogi serca na wyrównaniu. Naturalnie, że świeże wady zastawkowe z dekompenzacją należą do leczenia domowego, jednak po wyrównaniu przy istniejących pewnych dolegliwościach, zwłaszcza przy wyżej wspomnianych objawach jelitowo-sercowych, leczenie w Morszynie jako zakończenie kuracji i odpoczynek daje znakomite efekty. Podobnież w nadciśnieniu tętniczem leczenie w Morszynie wywiera znakomite skutki. W świetle nowo odżywającej, w szkole francuskiej, teorji enterointoksykacyjnego powstawania miażdżycy tętnic, leczenie w Morszynie nabiera specjalnego znaczenia. Dodać tu jeszcze należy, że falisty teren Morszyna nadaje się znakomicie do leczenia terenowego.

Znakomitą poprawę wykazują chorzy na reumatyzm stawowy i mięśniowy. Kąpiele solankowe i borowinowe działają bodźcowo przy chronicznym reumatyźmie i lokalnie na zmiany stawowe zwłaszcza na zmiany wysiękowe. Podobnie przy innych zmianach wysiękowych wykazuje leczenie w Morszynie znakomite skutki zwłaszcza w chorobach kobiecych, wysiękach okołomacicznych.

Zbierając to wszystko cośmy dotychczas powiedzieli widzimy, że Morszyn przedstawia bogactwo niezmierne, niedoceniane i nie-

zużytkowane w dostatecznej ilości, co jest naprawdę karygodnem, zwłaszcza my lekarze pracujący na terenie byłej Galicji powinniśmy jak najwięcej propagować Morszyn, jako własność funduszu wdów i sierót po lekarzach, a ze wstydem przyznać należy, że lekarze dalej od Morszyna pracujący na terenie byłej Kongresówki i Wileńszczyzny — jak sam się nieraz spotykałem — zdają sobie znacznie lepiej sprawę z ogromnej wartości Morszyna i propagują go serdecznie. Czas najwyższy żeby Morszyn stanął w rzędzie najpierwszych zdrojowisk Europy, gdyż na to w całej mierze zasługuje.

* * *

Nakoniec dodać muszę, że Okręgowy Związek Kas chorych we Lwowie w zrozumieniu wysokiej wartości Morszyna, już w tym roku otworzył w Morszynie lecznicę dla swych członków.

Dr. Jan Jankowski.

Spór o t. zw. „wiwisekcję".

Wdzięczny jestem Szanownemu p. prof. Włodzimierzowi Koskowskiemu za poruszenie w „Polskiej Gazecie Lekarskiej" sprawy wiwisekcji i za danie mnie przez to możności wypowiedzenia się w tej tak ważnej i aktualnej sprawie na łamach pisma lekarskiego.

Na początku niech mi wolno będzie zaznaczyć, że jestem alloterapeutą od 33 lat, nie znam się na homeopatji, nie wiem, co to jest biochemja ani spirytualizm, przyrodolecznictwem (balneo- i klimatoterapja etc.) posługuję się w praktyce o tyle, o ile dany przypadek tego wymaga — jednem słowem, nie jestem sekciarzem i dlatego porozumienie pomiędzy nami powinno być łatwe.

Jeżeli po 33 latach pracy lekarskiej, w tem 25 lat pracy szpitalnej na wszystkich stanowiskach (asystent, prosektor, kierownik laboratorjum, wreszcie ordynator oddziału wewnętrznego) zająłem stanowisko zdecydowanego przeciwnika wiwisekcji, to tem samem głos mój zasługuje na spokojną objektywną ocenę zwłaszcza, że nie jest on głosem odosobnionego fanatyka, lecz oddźwiękiem prądów etycznych świata powojennego i rozbudzonego sumienia.

Walka z wiwisekcją stanowi w Europie jedno z najpoważniejszych zagadnień natury etycznej. W samych Niemczech istnieje dziś już 60 związków do walki z wiwisekcją, które połączyły się w jeden ogólno-niemiecki związek pod kierownictwem Cezarego Rhana (Berlin, Steglitz, Humbold-str. 1). Europejska prasa codzienna coraz więcej zajmuje się sprawą walki z wiwisekcją i opieką nad zwierzętami; coraz częściej ludzie nauki podkreślają na łamach pism fachowych zbędność okrucieństwa wiwisekcji i zwalczają rzeczowemi dowodami zakorzeniony przesąd ważności wiwisekcji oraz różnych rozreklamowanych przez wielki przemysł farmaceutyczny szczepionek i surowic, dających mu kolosalne zyski materjalne, oparte na zbrodni, dokonywanej codziennie na zwierzętach.

Profesorowie uniwersytetu, lekarze i lekarze weterynaryjni zapisują się licznie do związków antiwiwisekcyjnych. W Austrji związek lekarzy — przeciwników wiwisekcji liczy obecnie 300 członków.

W dniach 3, 4 i 5 maja 1931 r. odbył się w Locarno wielki zjazd przeciwników wiwisekcji. Na zjazd ten przybyli przedstawiciele Szwajcarji, Austrji, Italji, Francji, Holandji, Danji, Estonji i innych krajów. Na zjazd ten zgłosił się również świeżo zawiązany przez D-ra med. Bachmana w Locarno nowy związek przyjaciół pokoju (Neu-Locarno-Bund). Polska — niestety — świeciła nieobecnością na tym tak licznie obesłanym zjeździe.

Poszanowanie praw żywych zwierząt, tych istot myślących i czujących, wysunęło się bezwzględnie na jedno z pierwszych zagadnień natury etycznej. Walka z aktami przemocy i okrucieństwa, dokonywanemi bezkarnie na bezbronnych istotach, podjęta została w trosce o poziom moralny ludzi.

Rozbudzone poczucie odpowiedzialności moralnej za zadawanie zwierzętom cierpienia — zrozumienie, że zbrodnia, popełniona na zwierzęciu, jest bezwzględnie zbrodnią, to wskaźnik niezawodny postępu, pogłębienia się i uszlachetnienia uczuć i pojęć ludzkich.

Musimy zaznaczyć, że niestety i u nas w Polsce dzieją się rzeczy wprost niezwykłe. Dręczenie zwierząt w instytutach badawczych przez profesorów, asystentów, początkujących lekarzy i studentów odbywa się bezkarnie. Badania te idą na marne, większość ich wykonywa się w celu nabycia techniki wiwisekcyjnej, — profesorowie rok w rok wykonują w obecności znudzonych audytorjów, zajętych w tym czasie swojemi osobistemi sprawami lub z obrzydzeniem odwracających się od okrutnego eksperymentu, te same doświadczenia na żywych pół uśpionych psach i kotach, którym przecina się przeważnie tchawicę, żeby jęków wydawać nie mogły, i wtyka się poniżej krtani rurkę oddechową, przez którą miechem wykonywa się oddech sztuczny. Hekatomby ofiar bezbronnych (nie jest to frazesem demagogicznym lecz szczerą prawdą), uśmiercanych z zimną krwią w najokrutniejszy sposób lub dręczonych tygodniami i miesiącami w okrutnych warunkach po zimnych i ciemnych piwnicach — są na porządku dziennym. Wszystko, cokolwiek w głowie powstać może, wszelkie logiczne i nielogiczne pomysły wypróbowuje się na zwierzętach.

Współczesna szkoła lekarska przeniosła punkt ciężkości swoich badań do wiwisektorjum. Wszystko, co dostrzeżono w klinice, musi być powtórzone na zwierzętach, My, praktycy, przestaliśmy się już interesować temi publikacjami, wiedząc, że nic dla nas pożytecznego z nich nie wypływa. Z tygodników lekarskich przeniosły się one do specjalnych archiwów, których nikt u nas nie czyta, i szybko pokrywa je pył zapomnienia.

Wiwisekcję wprowadzono wreszcie u nas do szpitali. Zwłaszcza celuje pod tym względem, hołdując obecnej modzie w medycynie, szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie z jego kliniką, do której zajeżdża wóz czyściciela i dostarcza psów do doświadczeń. Obecnie wykonywa się tam próby, a zwłaszcza jedną, przechodzącą okrucieństwem wszystko, co dotąd podałem. Wiedzą to chorzy, widzą „hycla", słyszą jęki i zwracają się do członków Towarzystw Opieki nad zwierzętami ze skargami na zanik pojęć humanitarnych wśród lekarzy, których dewizą ma być ratowanie życia i niesienie ulgi cierpieniom, a którzy przybytki miłosierdzia przetwarzają na mordownie zwierząt. Nie otrzymawszy pomocy ze strony Towarzystw, chorzy szpitalni wystosowali skargę do magistratu i opublikowali swoje oburzenie w pismach codziennych. Zastrzegam się przed przypisywaniem mnie jakichkolwiek zasług pod tym względem: nie brałem w tej akcji żadnego udziału i dowiedziałem się o skandalu dopiero z pism.

Jak takie fakty poniżają stan lekarski w oczach ogółu, jaki mają wpływ na wchodzących w praktykę młodych lekarzy — wyjaśniać nie potrzeba. Komu zależy na czystości uczuć, na prawdziwem współczuciu dla cierpiącej ludzkości, niech stroni od lekarzy i profesorów, uprawiających wiwisekcję, mając w pamięci dewizę angielską: „Obojętnych na niedolę zwierząt i ludzka niedola nie wzruszy".

Należy wiedzieć, że obecnie istnieją w wielkich ośrodkach Europy szpitale, prowadzące leczenie na podstawach, nie mających nic wspólnego z wiwisekcją. Wolno w nich pracować jedynie takim lekarzom, którzy zarzucili wszelkie praktyki wiwisekcyjne i zobowiązali się, że nigdy nie użyją środków, których dostarczyły praktyki wiwisekcyjne. Szpitale te wykazują się doskonałemi wynikami. Wyliczone one są w broszurze prof. L. Oehningera, którą wydałem w polskim przekładzie i którą wyszlę gratis i franco każdemu, kto poda mi swój adres telefonicznie lub piśmiennie.

Okrucieństwom wiwisekcyjnym, hańbiącym obecną ludzkość, poniżającym godność medycyny, plamiącym kryształowy gmach prawdziwej wiedzy, która nie może być oparta na fundamentach zbrukanych krwią niewinnych istot, kres trzeba położyć. Żadną miarą zbrodnia nie może być matką dobra i wiedzy.

Wielki mąż Francji, zmarły niedawno Jerzy Clemenceau, powiedział: „Ideałem jutra jest podnieść zwierzę, współtowarzysza człowieka, do stanu piątego i nadać mu prawa". Pod wpływem tych słów zawiązała się w parlamencie francuskim „Grupa parlamentarzystów ochrony zwierząt i walki z wiwisekcją", do której przystąpili deputowani wszystkich odcieni politycznych (prócz komunistów) w liczbie 168 osób, oraz zawiązany został przez rozgłośnego adwokata paryskiego, p. Louis Lespine, Komitet prawniczy Międzynarodowy Obrony Praw Zwierzęcia *(„Comité Juridique International pour la Protection des Animaux")* z siedzibą w Paryżu (189 rue de Vaugirard, Paris XV-e), do którego przystąpili przedstawiciele palestry i profesorowie prawa różnych narodów z przedstawicielem Polski w osobie adwokata p. Leona Śliwińskiego z Warszawy.

Poczucie nasze etyczne i sumienie nasze nie uspokoi się, dopóki ohyda naszych czasów — wiwisekcja w instytutach badawczych — nie podlegnie surowym rygorom i ciężkiej odpowiedzialności.

* * *

Sz. p. prof. W. Koskowski nie zbija właściwie moich argumentów, powtarza jednak z niedowierzaniem niektóre moje twierdzenia, zmusza mnie przeto do dania wyjaśnień.

Odczyt prof. L. Oehningera wygłoszony był na zjeździe Towarzystw Opieki nad Zwierzętami w Wiedniu w maju 1931 r. w obecności dwóch tysięcy osób ze wszystkich stron globu

ziemskiego, nawet Chin, Japonji i Australji. Był to jeden z najliczniejszych zjazdów. Kulminacyjnym punktem rozpraw były referaty lekarzy i profesorów ze związków antiwiwisekcyjnych. Zwłaszcza mocne stanowisko w tej sprawie zajęli: prof. L. Oehninger z Monachium, Magnus Schwantje — prezes „Związku radykalnej etyki“ z Berlina, oraz lekarz weterynarji, Dr. Gustaw Mikuschka — prezes „Wiedeńskiego Związku lekarzy antiwiwisekcjonistów“. Silne wrażenie wywarło również wystąpienie księdza jezuity, profesora teologji uniwersytetu w Gratzu, Dr. til. Jana Uhde, który, obdarzony wielkim talentem kaznodziejskim, porywającym słuchaczy, mówiąc o mordach, popełnianych wogóle na zwierzętach, powiedział: „Jeżeli wyznawcy niektórych religji popełniają ten najokrutniejszy mord w imię nakazu Boga, to nie jest to Bóg, bo Bóg takiego okrucieństwa nakazywaćby nie mógł“!

O zjeździe tym, na którym tak bezapelacyjnie odsądzano lekarzy od czci i wiary, mało u nas wiadomo, uważałem przeto za stosowne opublikować mowę prof. L. Oehningera w języku polskim. Za argumenty w tym odczycie przytaczane, ja, jako tłumacz, nie zasługuję na pochwałę, ani nie ponoszę odpowiedzialności. Znamiennem w tym referacie jest to, że awersja do współczesnej wiedzy lekarskiej u autora doprowadza go do tego, że radzi wszystkim ludziom etyki omijać lekarzy, uprawiających wiwisekcję i zaleca homeopatję, przyrodolecznictwo, biochemję i spirytualizm! Oto czegośmy się doczekali za nasze kunsztowne prace, wykonywane na brzuchach i mózgach psów, kotów, królików i szczurów! Oto ludzie z wrażliwem sumieniem nazywają nas barbarzyńcami i zaczynają od nas stronić.

Nie wierzy, snać, prof. W. Koskowski, że „kobiety prześcigają mężczyzn w okrucieństwach, zadawanych zwierzętom i że posiadam „niezbite“ dowody, że wiwisekcja uprawiana jest często na tle popędów sadystycznych“. Zapewniam Sz. autora artykułu, że tak jest, i jako jeden z dowodów przytaczam co następuje:

1) Pierwsza z obroną wiwisekcji jako metody badań naukowych wystąpiła, niezaczepiona przezemnie, bo jeszcze wtedy głosu nie zabierałem, znana lekarka w Warszawie — i to na łamach Kurjera Warszawskiego. Nie odpowiedziałem jej, nie chcąc sobie robić reklamy przez Kurjer Warszawski.

2) Prof. fizjologji w Żurychu wycinał każdemu psu i kotowi, który mu się nawinął, gruczoł tarczykowy bez żadnej potrzeby. Zwierzę było po operacji przeważnie uśmiercane. Takich operacyj dokonał w życiu około 10.000. Pewnego dnia dorwał się do ukochanego kotka swej asystentki i, gdy ta z krzykiem kotka mu wydzierała, profesor stracił panowanie nad sobą i popadł w jakiś szał. Asystentka zrozumiała komu pomagała w pracy i porzuciła ze wstrętem dobrze płatne stanowisko w Szwajcarji i przyjechała do Warszawy. Jest obecnie u nas i każdej chwili gotowa złożyć szczegółowe oświadczenie. W wiwisektorjach naszych udziału nie bierze.

Prof. W. Koskowski próbuje skierować moją uwagę na nadużycia popełniane na zwierzętach w celach sportowych, w rzeźniach rytualnych, na kastrowanie zwierząt w celach eksploatacyjnych, kulinarnych etc. Czy pan profesor uważa, że kastrowanie powinno być zabronione rzezakom, ale dozwolone prof. Steinachowi i innym? Dla mnie osoby te jednakowo zasługują na potępienie, a nawet więcej jeszcze, ponieważ robią to wyłącznie w celach osobistego wzbogacenia się kosztem torturowania i okaleczania szympansów i ogłupiania klijentów.

„W opiece nad człowiekiem są do zrobienia rzeczy wzniosłe i naprawdę humanitarne“, powiada pan profesor. Wiem o tem, i dlatego nawołuję również, żeby pan profesor zaprzestał wiwisekcji, a zajął się temi istotnie humanitarnemi sprawami, jak dożywianie niemowląt „Kroplą mleka“ i zwalczaniem wśród nich gruźlicy na drodze higjeny.

Cywilizacja nakłada na społeczeństwo obowiązek zwalczania wszelkiej nędzy tak ludzkiej jak i zwierzęcej. Jeżeli niektórzy myślą, że wobec ogromu nędzy ludzkiej nie powinno się wiele uwagi poświęcać zwierzętom — to się mylą. Jeżeli bowiem straszną jest nędza ludzka, chociaż człowiek może wołać o pomoc dla siebie, to stokroć straszniejszą jest jednak nędza zwierząt, których mowy i rozpaczliwego wołania naogół się nie rozumie, a które same sobie w swych cierpieniach pomocy nieść nie mogą. Jeżeli nie wolno nam obojętnie przechodzić obok nędzy ludzkiej, to nie przystoi również sercu ludzkiemu nie reagować na cierpienia otaczających nas istot, o których już znany poeta francuski Lamartine powiedział tak pięknie: „Brat, na jakimkolwiek szczeblu postawiła go natura“. Obojętność na cierpienia zwierząt jest właśnie wynikiem tego bezdusznego kierunku, panującego obecnie w nauczaniu medycyny i przyrody.

Jeżeli Sz. pan profesor Koskowski nie chce wiedzieć o tem, że statystyki lekarskie kłamią, że laboratorja wiwisekcyjne pracują dla przemysłu farmaceutycznego, że od doświadczeń na zwierzętach przechodzi się do doświadczeń na ludziach, to na to ja nic nie poradzę, przypomnę tylko sprawę prof. Neissera, który zaszczepiał choroby weneryczne ludziom; szczepienie metodą Calmette'a w Lubece, gdzie zmarło 70 osesków i w Madrycie, gdzie umarło 158 niemowląt wskutek zanieczyszczenia szczepionki, i niefortunne próby Dr. Bambergera i Sprangera stosowania wigantolu u dzieci w klinice uniwersyteckiej w Greifswaldzie — i wiele, wiele innych.

Długa mowa rektora uniwersytetu w Freiburgu, radcy tajnego D-ra med. i wet. h. c. prof. Pawła Uhlenhutha p. t. „Znaczenie doświadczeń na zwierzętach dla medycyny, zwłaszcza dla badań i zwalczania chorób nagminnych“, doczekała się licznych replik, które wykazały, że mówca nie znał przedmiotu i w każdem niemal zdaniu wprowadzał w błąd swoich słuchaczy. Trudno mi tu powtarzać wszystkie te argumenty. Ze sprawą jestem jaknajdokładniej obeznany.

Na zakończenie niech mi wolno będzie przytoczyć ustęp z przemówienia Dra med. Jerzego Wilsona, prezesa Brytyjskiego towarzystwa lekarskiego, dla wiadomości prezesów naszych towarzystw lekarskich:

„Oświadczam śmiało, że należy zrobić pauzę w tych okrutnych doświadczeniach i zorjentować się w spokoju i bez uprzedzeń co do wartości tych bakterjologicznych praktyk... Bynajmniej nie przystąpiłem do antiwiwisekcjonistów, a jednak oskarżam swój zawód, że wprowadza w błąd publiczność swemi groźą przejmującemi okrucieństwami, dokonywanemi na zwierzętach. Ci, co twierdzą, że doświadczenia te nie sprawiają bólu, lub sprawiają ból minimalny, karygodnie ukrywają prawdę, lub grzeszą nieznajomością rzeczy. Zgadzam się, że samo wprowadzenie do ustroju jadu — hodowlanego lub innego — nie sprawia bólu, lub powoduje ból nieznaczny. Okrucieństwo jednak tkwi nie w tym zabiegu, który można wykonać zupełnie bez znieczulenia, lecz w jego następstwach. Czy wzmiankowany jad zastrzykuje się pod skórę, do kiszek, do czaszki, pod oponę twardą, do klatki piersiowej, do żył, oczu lub innych narządów — a wszystkie te doświadczenia wykonywuje się w okrutny sposób — to następuje potem długa walka ze śmiercią! Niewinnie dręczone zwierzę może żyć jeszcze dni, tygodnie lub miesiące, a żaden środek znieczulający nie uśmierzy jego cierpień, dopóki śmierć go z nich nie wyzwoli. A co za triumfy święci bakterjologja przez te jarmarcznie zachwalane praktyki, mające powstrzymać ogrom cierpień ludzkich? Szczepienia pasteurowskie przeciw wściekliźnie są — zdaniem mojem i wielu innych — zwykłym omamem... Rozsławiona surowica przeciwbłonicza nie zjednała sobie nawet ogólnego uznania wśród lekarzy szpitali zakaźnych w naszej stolicy... Cała teorja bakterjologiczna i jej praktyka jest ściśle związana z interesem handlowym. Behring opatentował swoją surowicę na kontynencie. Koch osiągał książęce wpływy przez lata całe ze swojej tuberkuliny“. (Britisch Medical Journal, 1899).

W Warszawie nie ja sam jestem wśród lekarzy przeciwnikiem wiwisekcji. Jest już nas szereg, moich rówieśników — znanych w Warszawie lekarzy. Mam nadzieję, że zastęp nasz szybko się powiększy i w tym celu nawołuję wszystkich kolegów, dzielących moje poglądy, do zgłaszania swoich nazwisk pod moim adresem. (Dr. W. Knappe, Warszawa, Hoża 37).

Dr. med. W. Knappe.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Sigerist Henry E.: *Einführung in die Medizin.* Leipzig (Georg Thieme — Verlag), 1931, 8⁰, str. 405.

Wykłady propedeutyki lekarskiej pod nazwą „wstępu do medycyny“ powierzane są zazwyczaj na wszystkich uniwersytetach historykowi medycyny, jeżeli takowy istnieje. Wychodzi się tu ze stanowiska, że nic się lepiej nie nadaje jako wprowadzenie młodego medyka do świątyni wiedzy lekarskiej, jak właśnie ta embrjologja medycyny, czyli prześledzenie dziejowe rozwoju sztuki leczniczej. Autor niniejszego „Wstępu do medycyny“ jest wybitnym niemieckim historykiem medycyny, profesorem zwyczajnym tej katedry w Lipsku, dyrektorem jednego z największych instytutów historji medycyny w Europie. Książka, którą omawiamy, powstała z wykładów propedeutyki lekarskiej na uniwersytecie lipskim, wykładów, które się cieszą ogromną frekwencją młodzieży medyckiej. Podobnie jak te wykłady, tak i sama książka przeznaczona jest przedewszystkiem dla młodych ludzi, którzy obrali sobie zawód lekarski i stoją u progu studjów. Młodzi medycy mają się w ogólnych rzutach zaznajomić z obrazem medy-

cyny jako całości, ponadto z zadaniami i zagadnieniami swego przyszłego zawodu. Historja medycyny użyta jest przez autora jako metoda zapoznania młodzieży z podstawowemi pojęciami medycyny i istotą jej jako sztuki i nauki.

Przyznać trzeba, że jest to jedno z najświetniejszych dzieł z tego rodzaju piśmiennictwa. Żywy i bezpośredni sposób przemawiania do słuchacza względnie czytelnika, jasność wątku — który jakże łatwo zgubić w tym ogromie materjału! — poglądowy sposób przedstawiania rzeczy, zmierzający od codziennego zjawiska lub przeżycia ku tajnikom lekarskiego działania, wreszcie dbałość o piękno stylu — wszystkie te zalety sprawiają, że dzieło prof. Sigerista spełnia wszystkie warunki poczytnej, a pożytecznej lektury. Autor przytem na każdym kroku stara się wniknąć w położenie młodych czytelników; wszak opuścili dopieroco gimnazjum, pełni mnóstwa ogólnych wiadomości, nastawieni wielokierunkowo. A oto tutaj czeka ich skupienie się w kierunku specjalnym, a nawet zacieśnianie się z czasem w dziedzinie jeszcze bardziej ograniczonej specjalności. Autor stara się odtworzyć w swej książce tę drogę myślową: przejść od ogólnego nastawienia ku specjalizacji. Właśnie tutaj otwiera się dla historyka medycyny najwdzięczniejsze pole do działania; tu właśnie w pełni jaśnieje talent pedagogiczny Sigerista. Wprowadzić w specjalne dziedziny medycyny, a jednak nie zatracić ogólnych podstaw medycyny, nie pozamieniać specjalistów w rzemieślników, nie widzących świata poza swoim fachem. Historja medycyny ma być właśnie tym terenem, na którym drogi wszystkich specjalności mogą się zejść. Punkt widzenia historyczny, rzucający światło na wspólny rodowód wszech nauk lekarskich, ma łagodzić skutki nadmiernej specjalizacji, ma zacierać swem humanistycznem tchnieniem czysto przyrodniczy kult lekarskiego wykonawstwa. Genetyczny punkt widzenia może nauczyć przyszłych lekarzy, by — mimo iż są specjalistami, leczącymi chore narządy — nie stracili z oczu całości chorego, by uwzględnili tak często lekceważoną osobowość chorego, której indywidualny charakter ma być podstawą tego ciepłego stosunku lekarza do pacjenta, który dziś, przy leczeniu en masse, coraz rzadziej występuje. Ta ideologja jest źródłem przekonania autora, że książkę jego z pożytkiem przeczyta także lekarz. Wśród znanych sobie wiadomości każdy lekarz znajdzie w dziele Sigerista mnóstwo historycznych myśli, które rozszerzą jego światopogląd.

Dwa pierwsze rozdziały przeciwstawiają sobie wzajemnie człowieka zdrowego i chorego; zawsze pierwiastki anatomiczne („budowa człowieka") i funkcjonalne wymagają dopełnienia ze strony czynników duszy oraz ducha (Seele und Geist). Rozdział pierwszy („der Mensch") i drugi („der Kranke") przedstawiają w ten sposób te same zjawiska i fakty, raz u zdrowego drugi raz u chorego. Widzimy, jak zmienia się w chorobie nietylko budowa anatomiczna i zespół funkcyj, ale i psychika chorego, a ponadto i rola jego w świecie kultury. Trzeci rozdział („Die Zeichen der Krankheit") wprowadza w istotę objawu chorobowego, ze szczególnem uwzględnieniem pierwiastków dziejowych. Rozdział czwarty („Die Krankheit") ma zapoznać czytelnika z zasadniczemi pojęciami patologji, tak ogólnej, jak i szczegółowej, znowu z podkreśleniem historycznego rozwoju poglądów na istotę choroby. Po wielu głębokich uwagach na temat przebiegu choroby, autor kończy ten rozdział zarysem chorobowości i śmiertelności, zwłaszcza ze stanowiska współczesnej socjologji. Rozdział piąty („Die Ursachen der Krankheit"), omawiający przyczyny chorób, poświęcony jest zagadnieniom etjologji w najszerszem znaczeniu. Punkt kulminacyjny zdaje się stanowić rozdział szósty („die ärztliche Hilfe"), analizujący w trzech etapach działalności lekarskiej, jakiemi są rozpoznawanie, leczenie i zapobieganie chorobom — istotę pomocy lekarskiej. Zakończeniem dzieła jest rozdział szósty („der Arzt"), kreślający na tle dziejowem rolę lekarza w życiu społecznem, jako też i stanowisko zawodu lekarskiego w współczesnem państwie niemieckiem.

Piękne dzieło prof. Sigerista możemy polecić również i polskiemu czytelnikowi, zwłaszcza młodzieży medyckiej, mimo iż polskie piśmiennictwo może się poszczycić z tego zakresu publikacjami tek cennemi, jak „Propedeutyka lekarska" Sokołowskiego, a szczególnie Wrzoska. Dzieło Sigerista ujmuje przedmiot z innego stanowiska. Wymienione dzieła polskich autorów wprowadzają raczej do studjów lekarskich, podając mnóstwo materjału i wskazówek organizacyjnych. Omawiane dzieło Sigerista ogranicza się pod tym względem do minimum, starając się przedewszystkiem rozstrząsać teoretyczne i filozoficzne podstawy medycyny i zawodu lekarskiego. Dlatego byłoby słusznem i wskazanem, by nasza młodzież obok popularnej u nas propedeutyki Wrzoska czytywała i „Wstęp" Sigerista, gdyż obie te prace uzupełniają się bardzo dobrze.

Dr. med. i fil. T. Bilikiewicz.

A. Besredka: *Le Choc Anaphylactique et Le Principe de La Désensibilisation.* Masson et Cie, Paris, 1930, str. 276. Cena 30 franków.

W książce tej przedstawia autor owoce 20 letnich badań swoich nad zagadnieniem anafilaksji (przewrażliwości), tak ważnej dzisiaj nietylko dla lekarza, lecz i dla fizjologa, chemika i histologa. Autor z zadowoleniem stwierdza, że obecny stan wiedzy uznał słuszność szeregu jego poglądów, przed laty wyrażonych, a mianownictwo, po raz pierwszy przez niego wprowadzone „choc anaphylactique" przyjęte zostało przez cały świat naukowy. W rozdziale pierwszym przedstawia historję badań nad objawami anafilaksji u człowieka i zwierząt — wspomina badania Richeta, Arthusa, Pirqueta i Schicka, podkreślając przytem prace autorów amerykańskich. Kończy opisem wyników własnych oraz współpracowników.

W drugim rozdziale omawia zagadnienia „uczulenia" *(sensibilisation)* przeciwko surowicy, mleku i białku jaja, sposoby biernego przenoszenia uczulenia na zwierzęta; dość obszernie rozpatruje uczulanie przeciw drobnoustrojom.

Trzeci rozdział poświęca objawom wstrząsu anafilaktycznego u człowieka i u zwierząt, przyczem zwraca uwagę na konieczność odróżniania objawów anafilaksji od podobnych zaburzeń innego pochodzenia.

Następny rozdział wyczerpująco omawia wszystkie możliwości zetknięcia się w życiu praktycznem z przewrażliwością na rozmaite ciała tak mieszane, jak roślinne, a wreszcie i leki.

Następnie szczegółowo zajmuje się środkami, służącemi do zwalczania wstrząsu. Wiele miejsca poświęca szczepieniom przeciwanafilaktycznym, podając szereg cennych, praktycznych wskazówek i rad, jak i gdzie należy wcześnie a bezpiecznie interwenjować. Rozdział ten bogato ilustruje przykładami z praktyki lekarskiej, co znacznie się przyczynia do zwiększenia zainteresowania.

Ostatni rozdział rozpatruje teorje anafilaksji. W chronologicznym porządku znajdujemy zebrane poglądy rozmaitych autorów oraz krytykę ich wyników. Besredka jest stanowczym przeciwnikiem teorji Friedbergera, a tylko w krótkich zdaniach szkicuje swoje przypuszczenia, które niestety nie są jasno przedstawione. W pracy swej Besredka nie dotyka też wogóle zagadnienia alergji i stosunku tejże do anafilaksji; zagadnienia o zbyt doniosłem znaczeniu, by ją w poważnej pracy pominąć.

Książka pisana stylem przejrzystym i bardzo zajmująco, zasługuje na przychylne przyjęcie — wzbogaca piśmiennictwo lekarskie nowemi wiadomościami i szeregiem cennych wskazówek praktycznych.

Ungar (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd dermatologiczny, tom XXVI, numer 2, z r. 1931: A. Straszyński: W sprawie t. zw. ropnych i wypryskowatych postaci błonicy skóry. — St. Bibergal: Zarys patogenezy i terapji kiły wczesnej. — Fr. Krzyształowicz: Rola paciorkowca w wywoływaniu zmian w skórze. — H. Reiss: W sprawie leczenia wyłysienia plackowatego.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 26, z 28 czerwca 1931: J. Fabicki: Przyczynek do badań nad formowaniem płci. — J. Muszyński: Z wędrówek farmaceutycznych po Europie (c. d.). — Sprawy zawodowe.

Lekarz Polski, rok VII, nr. 6, z 1 czerwca 1931: T. Milewski: Zagadnienia reorganizacji Kas chorych. — H. Rudzki: Ustawodawcza walka z gruźlicą (c. d.). — J. Stawski: Odpowiedzialność cywilna lekarza wobec pacjenta. — Wł. Felc: Lekarze biegli sądowi i medycyna sądowa a wymiar sprawiedliwości. — Br. Nowakowski: Zakład doświadczalny pracy na roli w Pommritz. — Medycyna społeczna zagranicą.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 26, z 25-go czerwca 1931: L. Fingerhut: Fizjologja hormonów przedniego płata przysadki mózgowej i jajników. — S. Edelman: O walorach leczniczych Truskawca i ważniejszych wskazaniach do stosowania wód jego i kąpieli (dok.). — D. Margulies: Z kazuistyki dyzurji. — J. Stein: Anatomja patologiczna gruźlicy w świetle nowych badań (Streszcz. poglad.; dok.). — J. Rutkowski: Rys rozwoju chirurgji (dok.). — H. Tubiasz: Ośrodki zdrowia w Polsce.

Pielęgniarka Polska, rok III, nr. 6, z czerwca 1931: Uroczystość rozdania dyplomów absolwentkom Szkoły pielęgniarstwa P. C. K. w Warszawie. — M. Rothmanówna: Ze szpitala dziecięcego w Berlinie.

Nowiny lekarskie, nr. 13. z 1 lipca 1931: R. Bernhardt: O rozpoznawaniu pryszczycy. — Wł. Osmólski: Biologiczne znaczenie ćwiczeń fizycznych. — M. Latkowski: O wczesnych objawach klinicznych gruźlicy kostnej. — S. Kaizerówna: Spostrzeżenia kliniczne nad nowym środkiem nasennym krajowym „iranal".

Kronika Izby lekarskiej lwowskiej, rok II, nr. 6, 1931: Z działalności Zarządu Izby lekarskiej lwowskiej. — Zawiadomienia z Izby lwowskiej. — Wiadomości bieżące. — Przepisy o ogłoszeniach lekarskich.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

La Presse médicale.

Nr. 27, 1931.

P. Guibal: *Postępowanie przy mechanicznej niedrożności jelitowej na tle zapalenia wyrostka robaczkowego.*

Mechaniczna niedrożność jelitowa może dotyczyć pojedyńczych pętli przy zrostach, skręcie i t. p. albo też częściej występuje przy zlepnem, ograniczonem zapaleniu otrzewny. Niedrożność zjawia się w przebiegu utajonego zapalenia wyrostka, częściej jednak po zabiegu operacyjnym i to albo bezpośrednio tak, że pooperacyjna niedrożność porażenna przechodzi w mechaniczną, albo też zwykle występuje w 1—2 tygodnie po zabiegu, czasem może wystąpić późno po tygodniach i miesiącach. Niedrożność późno występująca daje objawy kliniczne ostre i wyraźne, podczas gdy niedrożność wczesna pooperacyjna cechuje się niestałym obrazem klinicznym, po okresie niepokojących objawów występują częste remisje, co ma znaczenie dla rozpoznania i postępowania.

Autor operuje zwykle w linji środkowej i najczęściej w ogólnej narkozie. Zabiegi przedoperacyjne polegają na płókaniu żołądka, wlewaniu płynu fizjologicznego i wstrzykiwaniu dożylnem stężonych roztworów soli kuchennej. Zabieg operacyjny polega na rozpoznaniu przyczyny, wywołującej niedrożność mechaniczną i na usunięciu jej, jeśli to możliwe. W razie niemożności usunięcia przyczyny, należy wyłączyć część jelita niedrożnego przez wykonanie ileostomji. By usunąć treść rozdętych jelit autor wyciąga tylko ostatnią pętlę jelita biodrowego, która zwykle jest najwięcej rozdęta, nacina ją, wprowadza dren, którym uchodzi treść z jelit nie zanieczyszczając pola operacyjnego. Ten sam dren pozostaje po zaszyciu powłok brzusznych do tego czasu, aż treść jelit zacznie się wydalać drogą naturalną. Autor poleca taką enterostomję zapomocą drenu we wszystkich przypadkach niedrożności.

Nr. 28, 1931.

R. Lutembacher: *Automatyzm serca.* Autor omawia teorję nerwową, mięśniową i teorję mieszaną, która przypisuje automatyzm serca węzłom zatokowemu, przedsionkowo-komorowemu, wiązce Hisa i włóknom Purkiniego.

Ch. Clavel: *Wczesny objaw uszkodzenia narządów trzewnych przy urazach i ranach brzucha.*

W bardzo wczesnych przypadkach pourazowych przed wystąpieniem skurczu obronnego mięśni brzucha można wykazać w jamie brzusznej obecność małej ilości płynu dowodzącego uszkodzenia jakiegoś narządu wewnętrznego. Przez lekki ucisk palcami ściany brzusznej w okolicy biodrowej można wyczuć jakby balotowanie pętli jelitowych, a po przeciwnej stronie brzucha widzi się lekkie falowanie ściany brzusznej. Objaw ten występuje wtedy, kiedy niema jeszcze wcale stłumienia i często idzie w parze z podobnym objawem ze strony zatoki Douglasa u kobiet. Autor podaje 4 obserwacje urazów i postrzałów w okolicę brzucha i klatki piersiowej, gdzie na podstawie tego objawu można było natychmiast przystąpić do zabiegu operacyjnego.

Nr. 29, 1931.

L. Langeron: *Uwagi o leczeniu „angina pectoris" przy pomocy wstrzykiwania stowainy w miejsca bolesne na skórze.*

Metoda Lemaire'a, polegająca na wstrzykiwaniu 1% stowainy pod skórę obszaru, w którym chory umiejscawia ból, nie znalazła szerszego zastosowania mimo swej prostoty. Autor podaje 4 przypadki, w których stosował ten sposób leczenia (w 1 przypadku wynik ujemny) i zastanawia się nad sposobem działania leczniczego. Sądzi, że niewątpliwie stwierdzony dodatni wpływ znieczulenia miejscowego i usunięcia bólu nietylko na sam ostry napad ale i na częstość występowania napadów anginy należy odnieść do unormowania zaburzonych odruchów naczyniowych. Dlatego też działanie lecznicze miejscowego znieczulania może wystąpić tylko wtedy, kiedy nienormalne odruchy naczyniowe nie są zależne od anatomicznie zmienionych naczyń wieńcowych serca t. zn. tylko przy spastycznej *angina pectoris* można spodziewać się wyniku leczniczego przy tej metodzie.

F. Ramond i D. Popovici: *Patogeneza niektórych zapaleń kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego.*

Różne hipotezy starają się wytłumaczyć występowanie bólów w prawym dole biodrowym. Często przy operacji najdokładniejsze badanie, także mikroskopowe, wyrostka robaczkowego nie wykazuje żadnych zmian anatomicznych. Także zmiany w kiszce ślepej i jej okolicy nie tłumaczą zwykle tych bólów, które nie ustępują po różnych zabiegach operacyjnych. Autorowie sądza, że kiszka ślepa, wyrostek robaczkowy i kiszka wstępujaca są narządem wydalniczym i w związku z tem przy nadmiernej czynności przychodzi do przekrwienia, któremu towarzyszy ból. Tą drogą wydalają się ciężkie metale, wapń, niektóre drobnoustroje, jady bakteryjne, jady przy mocznicy, według obserwacji autorów nawet żółć przy zupełnem zamknięciu przewodu żółciowego, co może tłumaczyć często występującą przy zapaleniu woreczka żółciowego bolesność okolicy wyrostka robaczkowego. Poznanie czynnika drażniącego kiszki i ewentualnie skierowanie jego drogi wydalania na nerki jest w stanie usunąć takie bóle o nieznanej przyczynie.

Skowroński (Lwów).

Nutrition.

Tom. I. Zeszyt I i II. Doin et Cie, Paris.

Czasopismo poświęcone sprawom odżywiania i schorzeń przemiany materji, wychodzi 6 razy w roku pod redakcją profesorów wydziału lekarskiego uniwersytetu w Paryżu P Carnol'a, M. Loeper'a i M. Villaret'a.

Zeszyt I. poświęcony hiperglykemjom niediabetycznem przynosi następujące artykuły:

Marcel Labbé: *Les frondières du diabète.* Autor dzieli hiperglikemje na 2 grupy, jedną stanowi prawdziwa cukrzyca, drugą stany, które określa jako paradiabetyczne, a do których zalicza zaburzenia endokrynne, oraz wątrobowe przebiegające z przecukrzeniem krwi. Zaburzenia te nieleczone, często przechodzą w cukrzycę prawdziwą. Dla rozpoznania klinicznego decydującym czynnikiem jest przebieg o krzywej hiperglykemicznej po obciążeniu cukrowem.

Pierre Mauriac: *Glycolyse et glycoregulation sanguine*. Stały poziom cukru we krwi i tkankach opiera się na 2 systemach regulujących, humoralnym względnie tkankowym oraz nerwowym. Do pierwszego należy zdolność glikolityczna krwi i tkanek i insulina z jednej, z drugiej strony przeciwdziałające insulinie czynniki tkankowe i wydzieliny gruczołów dokrewnych n. p. nadnercza i tarczycy. Zaburzenia jednego z tych czynników prowadzą do hiperglikemji.

Emile Auberdin: *Le role du foie dans la pathogénie du diabète.* Autor wykazuje, że tendencja doszukiwania się przy każdej hiperglikemji schorzenia wątroby jest przesadzona, że wprawdzie nierzadko obie te sprawy łączą się ze soba, ale że też bardzo często schorzenie dotyczy samej tylko trzustki.

Etienne Chabrol: *La part du pancreas dans les hyperglycémies non diabétiques.* Autor stwierdza, że niezawsze hiperglikemja zwłaszcza niediabetyczna spowodowana jest przez schorzenie trzustki. Istnieją ciężkie schorzenia trzustki bez hiperglikemji i naodwrót hiperglikemje bez zmian anatomo-patologicznych w trzustce.

F. Rathery: *Le rôle du rein dans les états hyperglycémiques.* Według autora odgrywa przy cukrzycy nerka pewną rolę. Stwierdza bowiem, że nietylko nerka człowieka zdrowego i diabetyka odmiennie reaguje na hiperglykemję, ale także u diabetyków poziom cukru we krwi i w moczu bynajmniej nie zawsze ida z soba w parze.

Haller: *Diététique et physiotherapie des hyperglycemies.*

M. et M-me Oerdeau: *Traitement hydromineral des hyperglycémies non diabétiques.* W obu artykułach podkreślony jest korzystny wpływ wód i fizykoterapji stosowanych w Vichy na stany paradiabetyczne.

Drugi zeszyt zajmuje się przewrażliwością pochodzenia pokarmowego.

Pasteur Vallery-Radot et M. P. Benassy: *Les hypersensibilités d'origine digestive.* Zjawiska przewrażliwości na pewne pokarmy (pokrzywka, zaburzenia przewodu pokarmowego, migrena, astma) polegają zwykle na anafilaksji. W parze z temi zmianami idą zaburzenia wątrobowe i zaburzenia w czynności zaczynów trawiennych. Poza leczeniem odczulającem winno się także zwracać uwagę na układ neuro-wegetatywny.

L. Langeron: *Données expérimentales sur les hypersensibilités d'origine digestive.* Stany przewrażliwości mogą być nabyte, mówimy wówczas o anafilaksji, albo też wrodzone, mówimy wtedy o idjosynkrazji. Odczulanie powinno się przeprowadzać także drogą pokarmową a nietylko przez śródskórne lub podskórne wstrzykiwanie antygenu.

A. Tzanck: *Intolérance digestive et anaphylaxie alimentaire.* Na anafilaksję pokarmową składają się 2 grupy zaburzeń: pierwszą z nich stanowią bezpośrednie zaburzenia czynności przewodu pokarmowego, które należy zwalczać przez obniżenie jego pobudliwości, do grupy drugiej należą takie sprawy jak *urticaria, eczema, morbus Quinque'i* i t. p. dla których bramą wejścia jest również przewód pokarmowy. Tutaj oczywiście odczulanie przewodu pokarmowego, jakkolwiek bezwzględnie wskazane, przynosi mniejsze efekty.

C. Flaudin. *Infections digestives et hypersensibilités.* W szeregu przypadków anafilaksji pokarmowej można wykazać istnienie infekcyj przewodu pokarmowego, które wywołują czasem nagłą intolerancję na pokarmy dotąd dobrze znoszone. W takich wypadkach należy zwracać uwagę na infekcje migdałków, *pyorrhoea alveolaris, appendicitis, cholecystitis esent.* cystę echinokokową.

Ch. Richet: *L'anaphylaxie clinique aux Etats-Uenis.* Autor porównuje zapatrywania i metody leczenia autorów amerykańskich z metodami francuskiemi. Stwierdza przewagę tendencji specyficznego odczulania w Ameryce, podczas gdy we Francji przeważa tendencja leczenia niespecyficznego zapomocą peptonu ze szczególnem uwzględnieniem poprawy funkcji wątroby.

C. Houlbert. *L'intolerance alimentaire cher les enfants et l'insuffisance hépatique.* Autor uważa, że w zaburzeniach anafilaktycznych u dzieci *(Eczema, pruritus, urticaria* i inne) wielką rolę odgrywa niedomoga wątroby.

G. Nivière: *Variations de la posologie des eaux de Vichy au cours des siècles.* Autor podaje historyczny rozwój mtod leczenia wodami mineralnemi w Vichy, które już za czasów rzymskich stosowane były w lecznictwie.

P. Ostern (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.
Archives of Internal Medicine.

Vol. 46. Zeszyt 5. Listopad 1930.

J. Meyer i L. B. Kartoon: *Wyniki otrzymane przy użyciu dożylnych zastrzyków białka obcego w przypadkach wrzodu trawiennego.* Ulga w bólach, osiągnięta zapomocą dożylnych zastrzyków białka obcego w przypadkach wrzodu trawiennego, jest niezależna od zmian w kwasocie. Autorzy przypuszczają, że ważną rolę w zmniejszaniu bólów odgrywa mniejsze napięcie żołądka i skurcz, które występują podczas zastrzyków białka. Również pewne znaczenie przypisać musimy wzrastającemu pod wpływem zastrzyku przekrwienia części żołądka, ułożonej w miejscu wrzodu i nad wrzodem. Starają się udowodnić, że ból, występujący w przypadkach wrzodu pozostaje w ścisłym związku ze zmianami i uszkodzeniami zachodzącemi w sieci naczyń włosowatych, znajdującej się w miejscu wrzodu i nad nim. Również czynność perystaltyczna przewodu pokarmowego posiada pewien wpływ na powstawanie bólu. Białko nieswoiste należy uwzględnić tylko jako dodatek do leczenia wrzodu trawiennego.

A. L. Banyai i S. v. Anderson (Wawwatosa): *Znaczenie szybkości opadania krwinek w gruźlicy.* Praca oparta jest na 200 przypadkach. Przy używaniu tego odczynu, jako czynnika rozpoznawczego, musi się wpierw wykluczyć możliwość istnienia innego procesu chorobowego, który również wywołuje w znacznej mierze wzrost szybkości opadania krwinek. Ledwie 7,35% chorych z objawami czynnej gruźlicy wykazało prawidłowe opadanie krwinek. Grupa ta obejmuje 40 przypadków początkowej, 54 średnio posuniętej i 30 przypadków daleko posuniętej gruźlicy. Również 47 przypadków gruźlicy bez objawów ze strony płuc zaliczają autorzy do tej grupy. Jeśli uwzględni się możliwość pomyłek przy pracy to metoda ta dostarcza bardzo wartościowych informacyj co do aktywności choroby, rozpadu procesu gruźliczego w tkance płucnej i jadowitości. Zwolnione opadanie krwinek u chorego, u którego stwierdzono przedtem bardzo szybkie opadanie, oznacza polepszenie. Wzrost szybkości opadania wskazuje na rozszerzanie się choroby lub świadczy o powikłaniu. Na podstawie wartości, obliczonej z opadania krwinek nie należy oznaczać i ustalać rozległości uszkodzenia. Ograniczony proces z rozpadem tarczki i charakterystycznemi objawami toksycznemi może być przyczyną bardzo szybkiego opadania krwinek, podczas gdy proces gruźliczy włóknisty rozległy odznaczać się może małą jadowitością i prawidłowem opadaniem czerwonych ciałek. Szybkie opadanie krwinek, występujące stale oznacza niekorzystne rokowanie. Największe znaczenie tej metody leży w tem, że służy ona za wskaźnik ogólnego i miejscowego stanu chorego. Służy ona do kontroli leczniczych wartości postępowania lekarza. Przy oznaczaniu zdolności do pracy przed opuszczeniem przez pacjenta szpitala posiadamy w tej metodzie wartościową pomoc.

Vol. 46. Grudzień 1930 r.

S. J. Cohen, M. J. Matzner i I. Gray (Brooklyn). *Odczyn czerwieni obojętnej w przypadkach niedokrwistości złośliwej.* Dawidson, Willcox i Haagansen znaleźli w 8 przypadkach niedokrwistości złośliwej brak barwika czerwieni obojętnej w soku żołądkowym, podczas gdy w przypadkach *achylia gastrica* innego pochodzenia (gruźlica, wtórna niedokrewność, rak) można było po wstrzyknięciu czerwieni obojętnej, barwik ten w treści żołądka wykazać. Według tych autorów posiada ten brak barwika w soku żołądkowym po zastrzyku ważne znaczenie praktyczne dla rozpoznania niedokrwistości złośliwej. Autorzy pracy omawianej opisują trzy przypadki niedokrwistości złośliwej, w których po wstrzyknięciu domięśniowo 2 cm³ 2% czerwieni obojętnej, wykazano po 30 minutach obecność barwika w soku żołądkowym. Obecność barwika w żołądku nie wyklucza zatem rozpoznania niedokrwistości złośliwej.

R. S. Hubbard (Clifton Springs). *Odczyn moczu metodą badania kwasoty żołądka.* Badania moczu w szeregu przypadkach okazały się cennym środkiem pomocniczym w oznaczaniu kwasoty żołądka. W blizko 80% odczyn zasadowy moczu idzie w parze z brakiem kwasu żołądkowego albo z nieznacznem jego stężeniem. Wartość tej metody jest jednak w znacznej mierze ograniczona. Niemożliwem niejednokrotnie jest odróżnienie prawidłowego soku żołądkowego od nadkwasowości przy pomocy tej metody. Opierając się tylko na niej trudnem jst wysuwanie pewnych wniosków z osiągniętych wyników, z powodu ich nieprawidłowego charakteru. Metoda bezwartościową jest w przypadkach zapalenia pęcherza moczowego i nerek. W końcu metoda ta nie jest w stanie odróżnić prawdziwego braku kwasoty od rzekomego.

Vol. 47. Styczeń 1931 r.

E. G. Schmidt i T. N. Carey (Baltimore). *Hipoglykemja końcowa.* Autorzy przeprowadzili badania chemicznego składu krwi u 33 chorych, nie cukrzycych, przed i godzinę po śmierci. Wśród tych chorych w 12 przypadkach (36%) cukier we krwi wahał się pomiędzy 28 do 75 mg na 100 cm³ w chwili śmierci. W szeregu przypadków wykazano hipoglykemję przed śmiercią, jak i po śmierci. Powolny i nieznaczny spadek cukru we krwi zauważono w ciągu godziny po natychmiastowej śmierci, jakkolwiek zauważono 2 ciekawe wyjątki. W jednym przypadku cukier we krwi serca obniżył się z 154 na 50, w drugim z 166 na 32, a to w przeciągu jednej godziny po śmierci.

Mocznik we krwi często szybko wzrastał tuż przed śmiercią, po śmierci znowu następowało obniżenie. Chlorki we krwi nie ulegały zmianie.

Dr. *Ungar* (Lwów).

Archiv für Gynaekologie.

T. 139. Z. 3.

Siegmund. *O przyczynach okresowości cyklu.* Na podstawie dawniejszych jak i obecnych doświadczeń twierdzi autor, że okresowość i przebieg cyklu zależą od okresowych zmian w jajniku a mianowicie od powstawania i zaniku jajek i ich gruczołów pomocniczych. Trwanie poszczególnych fali cyklu uwarunkowane jest od czasu trwania dojrzewającego i dojrzałego jajka. Jak długo w ustroju żyją jajka dojrzałe, dopóty dojrzewanie pęcherzyków jest powstrzymane. Dopiero po obumarciu jajek i procesach wstecznych w ciałkach żółtych możliwe jest dojrzewanie następnych pęcherzyków a temsamem rozpoczęcie się kolejnej fali cyklu. Ten wpływ jajek kieruje rytmem i okresowością przebiegu cyklu. Za wpływem wyłącznym jajek a przeciw wpływowi przysadki mózgowej na czynność narządu rodnego przemawia'ą również spostrzeżenia u kobiet po zapłodnieniu jajka. W czasie całej ciąży brak w normalnych warunkach dojrzewania pęcherzyków i wszelkich objawów rui. Rui nie można wywołać nawet przez podanie odpowiedniego hormonu. Dopiero po wydaleniu żyjących jajek z ustroju matki i to niemal bezpośrednio, pęcherzyki zaczynają dojrzewać i rozpoczyna się nowy cykl.

Geller. *Cykl rui u białej myszy po sterylizacji naświetlaniami i ogólne uwagi o cyklu rui wogóle.* Cykl jajnikowy jest charakterystyczną właściwością czynności jajnika. Cykl pochwowy myszy normalnej wywołuje okresowe dojrzewanie pęcherzyków. Po sterylizacji zapomocą naświetlań występuje u myszy dojrzałej całkowite zluteinizowanie jajników. Cykl pochwowy mimoto utrzymuje się i przechodzi w fazę stałej rui z krótkiemi przerwami stadjum łuszczenia się. Hormonu rui naświetlanych myszy dostarczają komórki luteiny wypełniające jajnik. Okresowość rui przy tym stanie jajników z początku może bywa wywołana przez stopniowe powstawanie komórek hormonalnych. Przerwanie stadjum łuszczenia się w pochwie myszy naświetlanych uważać jednak należy niezawsze za wynik działania hormonalnego lecz prawdopodobnie za efekt jakichś warunków i wpływów miejscowych.

Eufinger. *Wydzielanie białka i lipoidów drogą nerek u ciężarnych zdrowych i z zatruciami ciażowemi.* Często u położnic stwierdzić można w moczu obecność białka, mimo że w ciąży wcale go nie było. 50% położnic wykazuje w pierwszych dniach połogu przejściowy białkomocz — mimo że w czasie porodu mocz białka nie zawierał. Białko to pochodzi głównie od albumin.

Podobnie jak biako można również, ale tylko w przypadkach zatruć ciążowych, wykazać w połogu lipoidy w osadzie moczu przy pomocy mikroskopu polaryzacyjnego.

Liebmann. *O zamartwicy i dalszym losie dzieci urodzonych w zamartwicy.* Obfity materjał kliniki w Budapeszcie z lat 10-ciu (1917—1926) obejmujący 16087 porodów, z czego w zamartwicy urodziło się 805 dzieci = 49%.

Różne daty statystyczne, uwidocznione i zestawione w rubrykach nie nadają się do referatu, gdyż należałoby je dosłownie przytoczyć. Nadmienić należy tylko, że z dzieci urodzonych w zamartwicy ogółem 1/4 ginie wcześniej lub później. Uderzającym jest znaczny odsetek zamartwicy u dzieci urodzonych drogą operacyjną, nie wyłączając nawet cięcia cesarskiego. Tłumaczy to okoliczność, że właśnie zły stan dziecka często bardzo daje wskazanie do zabiegu. W bardzo wielkim odsetku przypadków (25%) przyczyną zamartwicy jest wylew krwawy w mózgu. Z tego też powodu przeciwny jest autor wahaniom Schultzego i radzi próbować w celu cucenia noworodka inne sposoby, przy czem posługuje się chętnie podskórnem wstrzyknięciem lobeliny. (0,2—0,5 cm^3).

Langen. *Porażenie nerwu promieniowego u noworodków.* Po omówieniu szczegółowem wszystkich przyczyn, jakie mogą spowodować porażenie nerwu promieniowego u noworodka podaje autor dokładny opis własnych 3 przypadków. W pierwszym przypadku przyczyną tą był prawdopodobnie ucisk przez grube postronki owodni, w drugim ucisk pętli, założonej na rączkę, a w trzecim ucisk kostniny powstałej po złamaniu ramienia.

K. B. (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.
Medizinische Klinik.

Nr. 40. — 1930.

E. Vogt. *Dzisiejszy stan wiedzy o wydzielaniu wewnętrznem.* Leczenie: 1) preparatami jajnikowemi (progynon) przy zaburzeniach miesiączkowania, niepłodności, w okresie przekwitania, po kastracji, przy *arthropathia climacterica,* 2) hipofysiną i adrenalina w rozmiękczeniu kości obok terapji witaminowej; 3) paratyreoidyną w tężyczce obok wapnia dożylnie; 4) krwotoków miesięcznych w okresie pokwitania i przekwitania insuliną; 5) otyłości endogennej (poronień nawykowych) dietą i tarczycowemi preparatami; 6) wyciągami przedniej części przysadki (prolan).

F. Mainzer. *Zasady klinicznej oceny czynności nerek.*

G. Herrmann. *Tarcza zastoinowa występująca po przeciwnej stronie niż guz.* Zbiera z literatury wymienione w nagłówku przypadki i przychodzi do wniosku, że tarcza zastoinowa jako wyraz wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego występuje po przeciwnej stronie przy guzach móżdżku paramedjalnie położonych i przy guzach w okolicy obydwu centralnych zwojów leżących. Ważny jest przy tem kierunek ucisku wywieranego przez guz.

W. Bürger. *Wprowadzające w błąd objawy raka.* Rak przebiegający pod formą objawów: 1) pseudosercowych, 2) pseudoseptycznych (z gorączką), 3) pseudogośćcowych i nerwobólowych. Podaje przykłady.

L. Moszkowicz: *Plastyka połowiczego zaniku twarzy przy pomocy tłuszczu, transplantowanego z uda.*

G. Neugebauer. *Zwichnięcie jednostronne stawu biodrowo-krzyżowego.* Opis przypadku i teoretyczne rozważanie mechanizmu.

H. Blume. *W sprawie nosicieli prątków gruźliczych.* Przytacza przypadek gdzie po 3 latach obserwacji okazało się ognisko okołownękowe źródłem wydalania prątków, nie był to więc przez te 3 lata nosiciel prątków tylko osobnik gruźliczy.

K. Narbeshuber. *Sprawność próby Kongo Bennholda.* Na podstawie 2 przypadków przychodzi do wniosków, że: 1) wiązanie barwika w surowicy i skąpe wydzielanie go w moczu przemawia za rozległą skrobiawicą, 2) przyśpieszone i wzmożone wydzielanie w moczu przemawia raczej za nerczycą, 3) nieznaczne odkładanie amyloidu w tkankach nie może być wykryte próbą Kongo.

Eutonon, Taumagen, Taumasthman, E. J. Kraus: *O możliwości zastosowania młodych myszy do rozpoznania ciąży z moczu.*

T. Doxiades. *Leczenie otyłości lipolisyną i lipoaktywatorem* (potas i fosfor). Drugi środek zmniejsza objawy uboczne lipolizyny, zawierającej tarczycę.

W. Brandis: *Lekkie wstrząśnienie mózgu przyczyną udaru.* Dział ubezpieczeń.

P. Horn. *Nowe prace z zakresu ubezpieczeń i medycyny.* Referat.

H. Powązka (Kraków).

Nr. 41. — 1930.

G. Buttner: *Hipotyreozy w praktyce chirurgicznej. Cachexia strumipriva* — rozpoznanie początkowych objawów i postaci poronnych najważniejsze w praktyce. Przy leczeniu podaje 0,3—0,5 tyreoidyny w ciągu pierwszych 2 tygodni, później dochodzi do pełnej dawki 2,0—5,0 *pro die.* Zapobieganie zakrzepom pooperacyjnym podawaniem tyreoidyny u tych, którzy wykazują obniżenie funkcji tarczycy. Tyreoidyna jako środek przeciw niektórym formom zaparcia stolca, jako *roborans* i jako *tonicum* dla układu krążenia.

F. Loben. *Znaczenie nacieków podobojczykowych i wczesnego zapalenia wysiękowego opłucnej dla genezy gruźlicy.* Tak zwaną *pleuritis exsudativa idiopathica* stawia w ocenianiu przebiegu gruźlicy narówni z wczesnemi naciekami.

Weiss. *Leczenie złamań kości ze szczególnem uwzględnieniem leczenia operacyjnego.*

H. Munter i D. Nitschke. *Czy jest możliwą zmiana grupy krwi pod wpływem zabiegów leczniczych.* Oznaczanie grupy krwi u około 100 pacjentów, przebywających kurację salwarsanowa czy arszenikową nie dało zmiany grupy krwi, a przeciwne zdania i fakty podawane w literaturze musiały polegać na omyłce.

F. Kisch. *Praktyczne znaczenie badania czynności układu krążenia zapomocą „Amplitudenfrequenzprodukt".*

W. Spack. *Niebezpieczeństwo zgorzeli sporyszowej przy stosowaniu gynergenu w chorobie Basedowa.* Przypadek grożącej zgorzeli leczonej teofylliną dożylnie, *natrium nitrosum* podskórnie oraz terapją fizykalną.

G. Stroomann. *Objawy anafilaktyczne po insulinie.* Pokrzywka z gorączką i przyśpieszeniem tętna po podaniu w ciągu 10 dni razem 40 jednostek.

K. Lutz. *W sprawie masażu sterczu.* Może tylko pogorszyć stan zapalny a wydzielina może być wmasowana w tkankę okołogruczołową.

A. Slauck. *Zagadnienie odbudowy miejscowej białka w centralnym układzie nerwowym.*

F. Fischer. *Metoda ujawnienia i pisania substantia granulofilamentosa w ciałkach czerwonych.*

H. Müller. *Bezskuteczność leczenia piramidonem ischiasu pochodzenia reumatycznego* (0,9—1,8 g) w przeciwieństwie do dobrych rezultatów przy *polyarthritis rheumatica* (Schottenmüller).

W. Brandis. *Gruźlica płuc przy miernego stopnia pylicy nieuznana za chorobę zawodową.* Dział ubezpieczeń.

H. Kogeker i E. Stransky. *Psychoterapja.* Referat.

Nr. 42. — 1930.

F. Heimann. *Dzisiejsza wartość leczenia promienistego w ginekologji.* Wylicza cały szereg schorzeń nadających się do aktinoterapji, która powinna uwzględniać zachowanie się całości organizmu.

W. Benthin. *Rozpoznawanie nowotworów złośliwych macicy.* Wskazuje na ważne momenty rozpoznawcze i omawia rozszerzanie się i przerzuty raka różnych części macicy. (d. c. n.).

J. Kubik. *Bąblowiec oczodołu.* Dopiero punkcja i drobnowidowe badanie wyjaśniło tło długotrwałego jednostronnego wytrzeszczu.

J. Stutzin. *Przywrócenie płodności u niepłodnych* sposobem operacyjnym na nasieniowodzie.

H. Baumecker. *Rozpoznanie kliniczne kiły żołądka.* Na rozpoznanie składają się: kiła w wywiadach i dodatni odczyn W-a, narastające dolegliwości żołądkowe z częstemi polepszeniami, młody wiek, brak większego charłactwa, niecharakterystyczna treść żołądkowa, rentgenologicznie *microgastria,* zmniejszona perystaltyka a przy próbnej laparatomji rozległe stwardnienie ściany żołądka, drobnowidowo typowe zmiany z obecnością krętków.

H. Hoff. *Zatrucie solami metali a witamina D.* Odżywianie z dodatkiem dużych ilości wigantolu podnosi oporność systemu nerwowego przeciwko zatruciu, alkohol i teofilina działają uszkadzająco.

G. Blumenthal. *Dalsze doświadczenia nad odczynem W-a i Kohna z surowicami i płynami kiłowemi.*

G. Scherk. *Kamica żółciowa czy ostre zapalenie trzustki?* Opis trudnego przypadku.

Quadronal i Quadro-Nox. Guphan. O. Strauss. *O raku i doświadczeniach nad rakiem.* Referat.

Nr. 43. — 1930.

F. Bernstein. *W sprawie dziedziczenia i natury raka.* (d. c. n.).

W. Berthin. *Rozpoznawanie złośliwych guzów macicy.* (d. c.). Omawia cały szereg schorzeń wikłających rozpoznanie nowotworu i podaje rozpoznanie różniczkowe raka macicy.

A. Buschke i L. Loewenstein. *Kosmetyczne rezultaty stosowania elektrokoagulacji i promieni radu przy raku skóry.* Kombinowanie elektrokoagulacji i pooperacyjnego naświetlania radem daje pełne wyleczenie złośliwych nowotworów skóry z dobrym wynikiem kosmetycznym.

A. Leischner. *Próby lecznicze przy melancholji, schozifrenji i migrenie.* Omawia zaburzenia przemiany materji występujące w tych chorobach i podaje wyniki po stosowaniu Decholiny.

H. Rothmann. *Zwapnienie gruczołów krezkowych.* Zakażenie prątkiem bydlęcym gruźlicy, spowodowane nadmiernem spożywaniem niegotowanego mleka może doprowadzić w ciągu lat do zwapnienia gruczołów krezkowych. Obraz chorobowy podobny do chorób żołądka lub nerek; opisuje takie 3 przypadki.

E. Tramer. *Dwa przypadki objawów mózgowych po ospie wietrznej.* Obraz *encephalitis* móżdżku i choroby Heine-Medin'a zakończony wyzdrowieniem.

H. Steuernthal. *Przepukliny pępkowe w wieku niemowlęcym i ich leczenie.*

F. Deutsch i B. Hermann. *Zachowanie się dopełniacza krwi po wysiłkach sportowych.*

Hayward. *Konsyljum chirurgiczne.* Uszkodzenia nerwów obwodowych (d. c. n.). *Neotropin* stosowany przy wiewiórze. *Hepatopson i ferronovin* przy leczeniu *retinitis pigmentosa.*

P. Rauch. *Czy strata jednego oka odpowiada rencie w wysokości 33%?* Dział ubezpieczeń.

G. Peritz. *Dziedziczność w psychjatrji i neurologji.* Referat.

C. Adam. *Z zakresu okulistyki* — najnowsze piśmiennictwo.

Baranowski (Kraków).

Nr. 44. — 1930.

R. L. Mayer. *Pudry, szminki, barwiki do włosów i ich działanie szkodliwe dla zdrowia.* Autor udowadnia szkodliwość używanych preparatów podnosząc, że cały szereg preparatów ma nieznany bliżej skład, więc trudno jest dowieść jakie składniki są szkodliwe.

F. Bernstein. *W sprawie dziedziczenia i natury raka* (dok.). Z przedstawionych zestawień hodowli myszy wykonanych przez Clarę Lynch i Maud Slye dochodzi się do wniosku, że dziedziczy się nietylko samo schorzenie ale i skłonność do pojawiania się przerzutów w tych samych organach co u przodków. Warburg udowadnia, że znaczna zdolność podziału komórek rakowych zależy nie jak dotychczas sądzono od ich embrjonalnego stanu, lecz od braku czynników hamujących rozwój. Boveri starał się udowodnić powstanie raka złym rozdziałem chromosomów w jaju, tem też podkreślił ważną rolę chromosomów; Bridges i Sturtevant twierdzą, że najdrobniejsze cząstki chromosomów (geny) mają te same właściwości. Czynnikiem umożliwiającym takie odszczepianie jest dziedziczenie tej właściwości, znaczne zaś zmiany w koloidach dzielących się komórek, zwłaszcza zmiany lepkości, ułatwiają ten proces. Dziedziczna dyspozycja może po wyczerpaniu się z biegiem życia pewnych substancyj hamujących, ujawnić się w formie raka. Między doświadczeniami na zwierzętach a obserwacją tych zjawisk u ludzi istnieje pewna analogja. Co się tyczy leczenia to pomijając dzisiejsze chirurgiczne wyraża autor nadzieję, że znajdzie sie może kiedy taki czynnik jak insulina w cukrzycy, który uniemożliwi powstawanie raka w ustroju dziedzicznie obciążonym.

F. Pollak. *Przyczynek do pojęcia schizofrenji zwłaszcza w wieku dziecięcym.* Referat.

H. Benthin. *Rozpoznawanie nowotworów złośliwych macicy (dok.).* Mikroskopowe rozpoznanie raka macicy nastręcza nieraz duże trudności; podaje dokładne obrazy histologiczne. Rozpoznanie mięsaka i nabłoniaka kosmówkowego.

A. Rothschild. *Cystoskop oraz irygator,* opis nowego modelu.

H. Berthean. *Schorzenie gardzieli podobne do błonicy w związku z zapaleniem nerek.* Opis przypadku.

Philippsthal. *Przypadek zapalenia dziąseł w następstwie ciała obcego.* (resztki korzenia zębowego).

E. Mester. *Przyczynek do wczesnego rozpoznawania raka wpustu i krzywizny mniejszej.* Wywoływanie bólu po wypiciu zimnej wody.

R. Bauer. *Zawartość dopełniacza w surowicy krwi człowieka.*

Hayward. *Angiospasmus i chromanie przestankowe* — konsyljum chirurgiczne.

R. Hofbauer. *Leczenie detoxyną septycznego zakażenia.*

K. Hahn. *Uszkodzenia skóry promieniami Roentgena, profilaktyka i leczenie zapomocą „Raderma".*

Roeder. *Higjena społeczna.* Referat.

J. Fenczyn (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 25 marca 1931 r.

Przewodniczący: Prof. Walter.

Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego z dnia 18 marca 1931 odczytano i przyjęto.

Kol. Prezes wita przybyłego ze Lwowa prelegenta, Prof. U. J. K. Lenartowicza i prosi o wygłoszenie odczytu.

Kol. Prof. Lenartowicz wygłasza odczyt pod tytułem: „Badania nad kiłą doświadczalną u zwierząt: kiła u myszy i królików. (rzecz przeznaczona do druku).

Kol. Stopczański (autoreferat).

Badania Prof. Lenartowicza nad kiłą doświadczalną dzielą się na dwa okresy. Pierwszy okres od roku 1927 do grudnia 1929 obejmuje szczepienia królików różnym materjałem kiłowym ludzkim, branym ze zmian pierwotnych jak i drugorzędnych, jak też krwią i płynem mózgowo-rdzeniowym i został uwieńczony bardzo pomyślnym wynikiem, bo otrzymano 17 szczepów króliczych. Dalsze zadanie polegało na hodowaniu i utrzymaniu tych szczepów, a więc przeszczepianiu materjału kiłowego z królików z objawami kiły na króliki zdrowe. Następnie podjęto szczepienie myszy białych ludzkim materjałem kiłowym. Ponieważ kiła u myszy przebiega bez objawów, więc stwierdzenie zakażenia mogło być wykonane zapomocą przeszczepienia miazgi narządów wewnętrznych myszy na króliki i dało 25% dodatnich wyników. To miało już doniosłe znaczenie, gdyż taki wynik dotąd wogóle w piśmiennictwie nie był znanym.

Prof. Lenartowicz i Weigl byli pierwszymi, którym udało się uzyskać bezpośrednie przeniesienie kiły ludzkiej na myszy.

Autorzy niemieccy jak Kolle i Schlossberger szczepili myszy materjałem kiłowym, ale wziętym z królików zakażonych. W szczepieniach kliniki lwowskiej zostawiono myszy jako ogniwo pośrednie w przeszczepianiu jadu kiłowego na króliki. Ten drugi okres badań z roku ubiegłego wykazał, że myszy nadają się znakomicie dla badania kiły doświadczalnej i zarazem stwarza możność rozwiązania i wyjaśnienia wielu zagadnień z zakresu patologji i terapji kiły. Prace nie ustawały i dały nowy postęp w tych doświadczeniach, o których w dzisiejszym wykładzie słyszeliśmy, a który jest wielkiem sukcesem nauki polskiej.

Kol. Prezes dziękuje prelegentowi za wygłoszenie tak interesującego i cennego wykładu — obejmującego bogaty plon wyników doświadczeń prelegenta. Stwierdza jednocześnie objektywność w przedstawieniu tych wyników, które będąc z jednej strony potwierdzeniem naszych dawnych wiadomości, z drugiej strony — przyczyniają się bezwątpienia do rozjaśnienia zawiłych spraw z dziedziny patologji ogólnej kiły ludzkiej.

Doniosłe znaczenie będą miały przedewszystkiem badania nad kiłą bezobjawową u zwierząt, jak i badania nad możliwością nadkażania.

Sekretarz: *W. Roman.*

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XI. posiedzenie naukowe z dnia 17. kwietnia 1931.

Przewodniczący: Kol. J. Marischler.

Na wstępie Kol. Przewodniczący wygłosił wspomnienie pośmiertne o członku Zarządu Twa ś. p. Z. Stobieckim. Obecni uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie.

1. Odczytanie protokółu z poprzedniego posiedzenia.
2. Kol. Oberlaender przedstawia przypadek kamicy pęcherzowej u 11-letniego chłopca. Kamica pęcherzowa u nas, u dzieci,

należy do rzadkości. Mikułowski w literaturze polskiej opisał 4 przypadki. Częściej zdarza się to schorzenie u dzieci ludów Południa i Wschodu. Raczicz opisuje 150 przypadków kamicy pęcherzowej u dzieci w Dalmacji. Złe stosunki higjeniczne i złe odżywianie niemowląt i karmicielek mają według niego być przyczyną tego schorzenia. Leczył wszystkie przypadki operacją *(sectio alta)*. Gerszon Garry opisuje 214 przypadków tego schorzenia w Palestynie z czego 68% przypada na wiek dziecięcy od 1—10 roku życia. Jako przyczynę schorzenia tego uważa nie złe odżywianie, a raczej choroby infekcyjne przewodu pokarmowego. Na Kaukazie Kilo-samidża opisuje 356 przypadków, z czego 257 przypada na wiek dziecięcy. Za moment etjologiczny uważa odżywianie się dużą ilością mięsa i jarzyn bogatych w azot. Do 12-tego roku życia wszystkie przypadki leczył tylko operacyjnie *(per sectio alta)*. Po 12-tym roku życia przez litotrypsję. W Rosji Krasnobajeff opisuje 694 przypadków kamicy pęcherzowej u dzieci, 120 przypadków leczył *per sectio alta* z 10% odsetkiem śmiertelności, resztę 574 przez litotrypsję z 3% odsetkiem śmiertelności, i radzi we wszystkich przypadkach tylko kruszyć.

Przypadek przedstawiony jest ciekawy — ze względu na etjologję powstania kamienia pęcherzowego. Przed 1½ rokiem wbił sobie przedstawiony pacjent kolec drzewny w okolicę kiszki odchodowej. Po miesiącu kolec ten odszedł przez cewkę przy oddawaniu moczu. Zranienie pęcherza przez przebicie tym kolcem było punktem wyjścia dla powstania kamienia w pęcherzu w 1½ roku po uszkodzeniu pęcherza. Prelegent stwierdziwszy cystoskopem i Roentgenem kamień w pęcherzu wielkości orzecha włoskiego — kamień ten usunął przez operację *(sectio alta)*. Rana zagoiła się *per primam* do dni 10-ciu.

4. Kol. W. Grabowski omówił pokrótce i przedstawił zdjęcia rentgenowskie:

a) kamicy pęcherzowej,

b) samoistnej odmy brzusznej,

c) rozstrzeni oskrzelowych i bronchografji,

d) zejścia ropni płucnych.

W dyskusji Kol. Węgrzynowski podniósł, że w porównaniu z innemi krajami n. p. z Francją — bronchografija jest stosowana u nas stosunkowo bardzo rzadko. We Francji robią często jedno- i dwustronną bronchografję ambulatoryjnie.

Nadto przemawiał Kol. Gąsiorowski w związku z przypadkiem samoistnej odmy brzusznej.

5. Kol. Reis i Rothfeld: *O tuberkulidach nerwu wzrokowego.* Autorowie przedstawiają wynik badania anatomicznego wyłuszczonych gałek ocznych z przypadku opisanego poprzednio przez Lenartowicza i Rothfelda, a dotyczącego 17-letniej dziewczyny z rozsianemi na twarzy i kończynach sarkoidami o typie Darier-Roussy. U chorej wystąpiły pod koniec życia objawy mózgowe zależne, jak to sekcja wykazała, od wytworzenia się w środkowym układzie nerwowym guzów o zupełnie analogicznem utkaniu jak guzy na skórze. Były to typowe tuberkulidy, złożone z komórek nabłonkowatych, otoczone dokoła pierścieniem limfocytów; w guzkach tych brak było stale komórek olbrzymich, brak zserowacenia i utkania martwiczego. Osobno przeprowadzone histologiczne badanie gałek ocznych wykazało, że ten sam proces chorobowy, toczący się w mózgu, przeniósł się na nerw wzrokowy oka lewego, spowodował w nerwie wytworzenie się guzków, tuberkulidów, o tej samej budowie, jak guzy mózgu.

Opierając się na wynikach badania histologicznego nerwu wzrokowego przychodzą autorowie do wniosku, że pierwszy raz w patologji oka opisany został proces chorobowy, który doprowadził do zmian w nerwie wzrokowym, nie wykazujących zupełnie znamion dla gruźlicy charakterystycznych i że wobec tego obok znanej grupy schorzeń gruźliczych nerwu wzrokowego wyodrębnić należy grupę drugą, która analogicznie do tuberkulidów skóry, obejmowałaby tuberkulidy nerwu wzrokowego, które w przypadku przez autorów opisanym wystąpiły jako powikłanie istniejących na skórze sarkoidów.

Sekretarz doroczny: *Dr. A. Falkiewicz.*

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 21-go kwietnia 1931 r.

Prezes: Witold Orłowski.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 14 kwietnia r. b. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytuje wykaz prac nadesłanych do Bibjoteki Towarzystwa.

3. Kol. M. Bloch wygłasza odczyt *„O racjonalnem ujęciu kliniki przewlekłej gruźlicy płuc dorosłego. Typy kliniczne. Typ II; postacie krwiopochodne gruźlicy płuc"*, (streszczenie własne).

Druga wyodrębniona olbrzymia grupa „gruźlicy krwiopochodnej" zasadniczo cechuje się przewagą dolegliwości podmiotowych i upośledzeniem stanu ogólnego w porównaniu ze znośnym anatomicznym stanem płuc.

Opierając się na doświadczalnych pracach Orth'a, Rabinowitsch'a, Schlossmann'a, Engla, Besançon'a, Jousset'a, Lesier'a, Bongert'a i innych, oraz na nauce Ranke'go o olbrzymiej roli, jaką odgrywa w powstawaniu nowych ognisk w płucach droga krwionośna, prelegent wyodrębnia typ chorobowy gruźlicy płuc u dorosłego, który powstanie swych ognisk w płucach zawdzięcza przejściu zarazka do płuc drogą krwi.

Typem tym jest *Tbc. fibrosa densa* (Bard—Pierry—Neumann). Anatomo - patologicznie w tej postaci stwierdza się w szczytach blizny szyfrowe oraz liczne, gęsto obok siebie ułożone skupienia szarych i żółtych guzków (mikroskopowo - gruzełki).

Klinicznie typ *Tbc. fibrosa densa* cechuje: 1) niestosunek pomiędzy dolegliwościami podmiotowemi a względnie niezłym stanem płuc, 2) często lichy wygląd, wychudzenie oraz asteniczna budowa, 3) dwustronne zwężenie pól Kroeniga i dwustronne stłumienie nad szczytami przy nikłych objawach wysłuchowych, 4) często rozedma płuc z przykryciem bezwzględnego stłumienia serca (mimo często młodego wieku), 5) twarde naczynia obwodowe mimo młodego wieku, 6) dość często twarda, macalna śledziona.

Zasadniczo należy tę postać chorobową zaliczyć do najbardziej łagodnych przejawów gruźlicy płuc u dorosłego. Łączy się jednak z nią szereg powikłań, a więc: 1) „nawał prosówkowy" *(miliarer Schub")*, polegający na tem, że drogą krwi, powstaje prosówka na ograniczonej przestrzeni płuca, przeważnie w szczytach, cechująca się klinicznie często bardzo wysoką ciepłotą ciała, którą chory znosi tak dobrze, że raczej dowiaduje się o niej z termometru, aniżeli ze swego samopoczucia; nieraz też wysłuchuje się w tych miejscach przez dłuższy czas drobne, wilgotne rzężenia, 2) gruźlica opon *(„meningeale Tuberculose")* Deycke'go, cechującą się anatomicznie tylko obecnością gruzełków w oponach bez charakterystycznego wysięku, 3) wystąpienie ognisk „chirurgicznych" w różnych narządach: nerkach, mózgu *(tuberculum solitare)*, nadnerczu (obrazy adissonoidalne), tarczycy, jako „samoistna" gruźlica krtani, jako „samoistna" gruźlica jelit (te ostatnie dwa powikłania, które u typów z tej grupy, prelegent za Deyck'em określa jako „samoistne", wykazują zupełnie inny charakter i rokowanie — jako krwiopochodne — aniżeli powikłania ze strony tych samych narządów, występujące drogą śródkanalikową w przebiegu właściwych suchot płucnych. Wreszcie w pewnych warunkach (u ludzi młodych przy załamaniu się sił odpornościowych ustroju z powodu niedojadania, niedosypiania i t. p.; u osób starszych, kiedy odporność słabnie, z powodu wyczerpania sił życiowych komórek ustrojowych) w szczytach tworzą się jamy, które ze swej strony mogą służyć i często służą za punkt wyjścia do dalszego szerzenia się gruźlicy w płucach drogą śródoskrzelową. Mamy wówczas przed sobą *(phtis. ulcero - fibrosa)*, rozpadowe suchoty płuc u ludzi, którzy uprzednio przechodzili t. zw. „sprawy szczytowe", czyli u typów z grupy krwiopochodnej. Prelegent proponuje tu, w przeciwieństwie do właściwych suchot płucnych, nazwę *suchot wtórnych*. Dużą rolę w prawidłowej ocenie tych przypadków, zwłaszcza jeśli chodzi o stwierdzenie obecności jam, odgrywa tu badanie rentgenowskie oraz rozbiór plwocin. Objawy wysłuchowe i powody rozedmy mogą być barzdo nikłe (bardzo ważne dla wykrywania gruźlicy u starców, często nieświadomych siewców prątków).

Wszystko wyżej powiedziane, Prelegent ilustruje historjami chorób: Porusza jednak jeszcze przedtem kwestję „prosówki dyskretnej" *(miliaris discreta — „granulie discrète"* — Bard—Neuman). Jest to łagodna prosówka ogólna, imitująca najrozmaitsze obrazy kliniczne (gorączkę „gastryczną", *Typhobacillose Landouzy* i t. p.). Za życia rozpoznać ją jest często bardzo trudno, dopóki po pewnym czasie nie wystąpią wyraźne objawy cechujące *Tbc. fibrosa densa*. Dopiero *ex post* tłumaczyć sobie możemy poprzednio nieustaloną przyczynę gorączki. W przypadkach *miliaris discreta* tylko przypadkowa (t. zn. z innych względów dokonana) sekcja wykazuje obecność pojedyńczych gruzełków w różnych narządach, ze szczególną skłonnością do zajmowania błon surowiczych (opłucnej, osierdzia, otrzewnej, stawów) gruczołów chłonnych nadnerczy, oczu, gruzełki stwierdzalne za życia w naczyniówce, ciałku rzęskowem), prawie zawsze w śledzionie, której powiększenie w tych przypadkach często stwierdza się wypukowo, a nawet zapomocą obmacywania.

Prelegent omawia jeszcze jedną krwiopochodną grupę chorobową, która w zasadzie daje bezwzględnie dobre rokowanie, a mianowicie *„Pleurite à répétition"* (Pierry—Neumann), gdzie mimo niewątpliwej obecności i łatwej stwierdzalności zmian w szczytach

płucnych, z całą pewnością chorego uważać można za zabezpieczonego od suchot płucnych.

Znamiennem dla tej postaci jest: 1) klinicznie — okresowe wystąpienia, zwłaszcza na jesieni i wiosną, w typowych miejscach suchego zapalenia opłucnej, z podwyższoną ciepłotą ciała, bólami i t. p., 2) anatomicznie — brakiem w ogniskach chorobowych zarówno makro- jak i mikroskopowo-typowych zmian gruźliczych. Jest to typ gruźlicy t. zw. zapalnej *(tuberculose inflammatoire)* Poncet'a, 3) typowe są zmiany spotykane w tej postaci gruźlicy płuc w innych narządach: stawach (choroba Poncet'a), nerkach (białkomocz Teissier'a), a najbardziej charakterystyczne są zmiany spotykane w oku (Michel, Stock, Hippel).

4. *Dyskusja:*

Kol. W. Orłowski podkreśla wartość metody badania krwi na prątki gruźlicze zapomocą wstrzykiwania materjału śwince morskiej, do uprzednio miażdżonych gruczołów chłonnych (metoda, stosowana w klinice kazańskiej przed 18 laty) lub też przez dokonywanie posiewów metodą Lowensteina. Metoda mikroskopowa poszukiwania prątków we krwi okazała się bezwartościową. Prelegent omyłkowo nazwał szmery dodatkowe występujące obok szmerów tarcia w zapaleniu opłucnej rzężeniami drobnobańkowemi; chodzi tu raczej o trzeszczenia, od których, jak na to zwrócił uwagę Leube i Janowski, mogą się rozpoczynać objawy przedmiotowe zapalenia wysiękowego opłucnej.

Kol. Szczepański uważa, iż obecny podział gruźlicy płuc ułatwia nam rokowania. Nie zgadza się z poglądem Neumanna o stałem występowaniu obrzmienia śledziony w gruźlicy płuc krwiopochodnej.

Kol. Bloch prostuje swoje wyrażenie, tyczące szmerów dodatkowych, zgodnie z uwagą Prezesa oraz omawia metodę badania śledziony według Sahli'ego.

5. Kol. R. Kalinowski omawia *„Działanie jadu żmij europejskich na organizm człowieka"* (streszczenie własne).

Najważniejszą toksynę zawiera jad żmij z rodziny *Colubridae* — jest nią neurotoksyna. Jad żmij z rodziny *Viperidae* nie zawiera neurotoksyny, natomiast w jadzie tych żmij znajduje się stale hemoragina, która działa na śródblonek naczyniowy w rodzaju zaczynu proteolitycznego. Flexner i Noguchi pojmują hemoraginę jako cytolizynę swoiście działającą na komórki śródbłonka. Jest ona nieczynną przy 75° C i nie łączy się ani z cholesteryną ani z lecytyną. Hemolizyna, jako ciało stałe, w jadzie nie istnieje, lecz jest rezultatem połączenia hemotoksyny, prawdopodobnie z lecytyną. Wreszcie jady te posiadają własności zlepne. Jad działa tylko przez ukąszenie, przedostanie się jadu przez przewód pokarmowy zaburzeń toksycznych nie wywołuje. Jad ujawnia swe działanie toksyczne przez dwa rodzaje objawów: objawy miejscowe, dotyczące tylko miejsca i okolicy ukąszenia, i objawy ogólne, rozgrywające się w układach krążenia oraz nerwowym. Objawy miejscowe zwracają na siebie uwagę głównie przy ukąszeniu przez żmije z rodziny *Viperidae.* W obu przedstawionych przypadkach występują przedewszystkiem objawy miejscowe: obrzęk i wybroczyny krwawe. Birch—Hirschfeld uważa te miejscowe zmiany w tkankach, jako krwawy obrzęk na skutek uszkodzenia przez jad naczyń włosowatych. W obu przypadkach zatrucie postępowało powoli, jednakże stale. W pierwszym przypadku, który był później spostrzegany od chwili ukąszenia, aniżeli przypadek drugi, obrzęk posunął się dalej i rozprzestrzenił się częściowo na twarz, częściowo na klatkę piersiową. W niektórych wyjątkowych przypadkach śmierć może nastąpić bardzo szybko. Spostrzega się to wtedy, gdy jad przeniknie wprost do żyły — wytwarza się natychmiast skrzeplina, pociągająca za sobą tworzenie się zatorów. Według Rogersa, jad żmij z rodziny *Colubridae* zabija przez porażenie ośrodka oddechowego oraz zakończeń ruchowych nerwu przeponowego. Jad zaś żmij z rodziny *Viperidae* zabija przez zmiany we krwi i przez porażenie ośrodka naczynio-ruchowego w rdzeniu przedłużonym.

Częstość ukąszeń przez żmije na wsiach stworzyła cały arsenał leków i zabiegów ludowych, z pomiędzy których nieliczne dają dobre wyniki. Terapja naukowa zajmuje się leczeniem miejscowem i ogólnem. Pierwsze polega na zatrzymaniu jadu na miejscu i unieszkodliwieniu go, aby przeszkodzić jego wessaniu się. Wiele substancyj chemicznych zmniejsza albo niweczy działanie jadu, i niektóre z nich mogą być użyte dla zatrzymania jadu w rance od ukąszenia, dopóki jad nie był wchłonięty. Najskuteczniejszym środkiem jest surowica przeciwjadowa, otrzymywana z koni, uodpornionych jadem żmij.

6. Kol. Freyd wygłasza referat p. t. *„Klinika ukąszeń jadowitych"* (streszczenie własne).

Prelegent pokrótce omówił własności i cechy jadu wężowego, sposoby otrzymywania jadu dla celów naukowych, jego skład chemiczny, reakcje, skalę jadowitości względem człowieka i zwierząt, wreszcie dwie najlepiej dotychczas wyodrębnione i opisane toksyny: neurotoksynę atakującą system nerwowy i powodującą zmiany lityczne w komórkach nerwowych i hemoraginę Flexnera, powodującą znaczne zmiany miejscowe (krwawe obrzęki, miejscowe działanie żrące na tkanki, etc.).

Wszystkie *Colubridae* posiadają jad, złożony prawie wyłącznie z neurotoksyny, zaś wszystkie *Viperidae* — szczególnie bogaty w hemoraginę. W związku z tem, o ile nam dokładnie znaną jest odmiana węża kąsającego — z reguły należy stosować surowice wieloważne, wprowadzone poraz pierwszy przez Calmette'a. Ideałem byłoby, gdyby każdy kraj wyrabiał surowicę ze swojej miejscowej fauny. W ten sposób postąpiły już Indje, Australja i Brazylja (Instytuty Butantan i Vital).

Różniczkowanie lecznictwa przeciwjadowego jest obecnie tembardziej wskazane, że według ostatnich prac Flexner'a i Noguchi'ego, poza neurotoksyną, jad wężowy zawiera cały szereg cytolizyn swoistych dla każdego narządu.

Ciekawe są ostatnie spostrzeżenia Keysa, który dowiódł, że hemolityczne działanie jadu zależy od ilości wolnej lecytyny, znajdującej się wewnątrz komórek.

Z kolei prelegent opisał technikę otrzymywania surowicy według Calmette'a) polegającą na tem, że koniowi wstrzykuje się w okolicę łopatki mieszaninę, złożoną z równych części jadu i 1% podchlorynu wapnia, następnie co 4—5 dni ponawia się wstrzykiwanie, zwiększając stale dawkę jadu przy jednoczesnem zmniejszeniu dawki podchlorynu. Otrzymywanie pełnowartościowej surowicy wieloważnej, zależnie od odczynu zwierzęcia, może trwać do 16 miesięcy.

Za dobrą surowicę uważamy taką, której 0,5 cm³ znosi działanie hemolityczne 1 mg jadu kobry lub *bothrops'a.*

Po opisaniu objawów klinicznych miejscowych, i ogólnych (opuszkowych, rdzeniowych, mózgowych, naczyniowych), po omówieniu zejścia, rozpoznania, rokowania (najgorszego przy ukąszeniu w kark — powodującego obrzęk głośni) i zapobiegania, prelegent streścił najważniejsze sposoby leczenia nieswoistego, najdostępniejszego dla przeciętnego lekarza praktyka, nie posiadającego pod ręką odpowiedniej surowicy.

Na pierwszem miejscu należy postawić doskonałą odtrutkę — *kalium hypermanganicum.*

Jednoprocentowy nadmanganian wstrzykiwany w ślady po ukąszeniu (1—2 cm³) i w najbliższą okolicę (3—5 wstrzyknięć po 1 cm³), jednocześnie stosowany w okładach daje doskonałe wyniki.

Zamiast nadmanganianu potasu, można stosować, prawie że z równym skutkiem jednoprocentowe rozczyny podchlorynu wapnia i chlorku złota.

Zalecane przez dawniejszych autorów — alkohol, amonjak, strychnina, arsen etc. okazały się w nowszych badaniach poprostu szkodliwe.

Autorzy amerykańscy chwalą adrenalinę, która ma spełniać rolę „ligatury czynnościowej", pobudzając jednocześnie m. sercowy i zwalczając porażenie nerwów naczyniowo-ruchowych.

Physalix zaleca również stosowanie leczenia zapożyczonego z medycyny ludowej Murzynów wschodnio-afrykańskich, polegającego na podawaniu *per os* żółci zabitego węża; jednocześnie zastrzykiwaniem roztworu alkoholowego tejże żółci. Technika leczenia przeciwjadowego wygląda w sposób następujący: 1-o. Ligatura aż do czasu ukończenia zabiegów (w każdym razie nie mniej niż w ciągu godziny).

Rzecz prosta, że zabieg ten odpada w przypadkach ukąszenia głowy lub tułowia.

2-o. Połączenie śladów po zębach głębokiem nacięciem, z jednoczesnem zastosowaniem bańki, wyciskania lub wysysania.

3-o. Miejscowo nadmanganian potasu 1% (ewent. podchloryn wapnia, chlorek złota) wstrzykiwania, przemywania, kompresy, surowica.

7. *Dyskusja:*

Kol. Filiński uważa miejsce ukąszenia żmij za zupełnie przypadkowe. Z naszych zwierząt, jak tego dowodzą spostrzeżenia codzienne, jeż i bocian są niewrażliwe na działanie jadu żmij. Jady mają zapewne działanie tkankowe, zmiany naczyniowe są wtórne. Mówca radzi wstrzykiwać jedną ampułkę surowicy w pobliżu miejsca ukąszenia, drugą zaś w inne dowolne miejsca.

Kol. Dębicki obserwuje na oddziale chirurgicznym kilka razy do roku przypadki pokąsania przez żmije. Chorzy przybywają przeważnie z opaską uciskową i często trudno jest orzec, czy obrzęk jest spowodowany opaską, czy też ukąszeniem. Podbiegnięcia krwawe w przypadkach ukąszeń mają zabarwienie miedziane; nigdy w ukąszeniach kończyn dolnych nie przekraczają więzu Pouparta. W dwóch przypadkach mówca, nie mając surowicy, zastosował, w braku podchlorynu wapniowego, płyn Dakina z wynikiem pomyślnym, bez żadnego uszkodzenia tkanek.

Kol. Offenberg uważa, iż jad naszych żmij zawiera trzy składniki: neurotoksynę, hemoraginę i hemolizynę. Ostatnia zaczyna działać prawdopodobnie dopiero po związaniu się w jakąś substancję uczynniającą, zawartą we krwi. Bardzo byłoby ciekawe badanie kapilaroskopowe przypadków ukąszeń. Wszystkich sposobów ludowych leczenia ukąszeń lekceważyć nie należy; smarowanie krwią żmii miejsca ukąszenia ma swoje uzasadnienie naukowe (prawdopodobieństwo istnienia przeciwciał).

Kol. W. Orłowski rozróżnia 4 wskazania lecznicze w leczeniu ukąszeń: zatrzymanie wchłaniania jadu, przyśpieszenie wydalania, zobojętnienie jadu wchłoniętego i leczenie objawowe. Sposoby przyśpieszenia wydalania są różne: podawanie dużej ilości płynów, środków moczopędnych (mocna herbata, kawa), wstrzykiwanie pilokarpiny, wlewanie fizjologicznego rozczynu soli kuchennej. Działanie dodatnie alkoholu tłumaczy się przekrwieniem przewodu pokarmowego. Miejsce wstrzykiwania surowicy nie ma większego znaczenia, jad bowiem dość szybko zostaje wychwytany przez układ nerwowy. Wstrzykiwanie surowicy w miejscu ukąszenia ma znaczenie tylko bezpośrednio po ukąszeniu.

Kol. Kalinowski: podwiązanie kończyny może tylko potęgować obrzęk powstały na tle ukąszenia. Ludowy sposób stosowania alkoholowego roztworu sadła żmij uważa prelegent za uzasadniony. Ilość wstrzykiwanej surowicy waha się od 10 do 30 cm^3.

Kol. Freyd (streszczenie własne). W 97—98% przypadków ukąszenia są umiejscowione na stopach, dłoniach i karku. Ukąszenia karku są częstsze, niż twarzy, gdyż z tylu trudno dostrzec niebezpieczeństwo.

Według wskazań Instytutu Butantan należy wstrzykiwać surowicę pod skórę (brzuch, łopatki) i w okolicę ukąszenia.

O podawaniu płynów nie wspominałem, gdyż prawie zawsze, naskutek niesłychanie intensywnego pocenia się chory i tak domaga się bez przerwy płynów.

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski.*

Szczepienia ochronne przeciwbłonicze.

W roku 1929 odbył się w Instytucie Pasteura w Paryżu Zjazd przy współudziale przedstawicieli większości państw europejskich i Stanów Zjednoczonych. Z Polski został zaproszony prof. Hirszfeld. Eksperci postanowili podług uzgodnionego planu dokonać szeregu badań w celu stwierdzenia wartości szczepień przeciwbłoniczych i przeciwpłoniczych. Szczepienia przeciwbłonicze zostały dokonane w rozmiarach umożliwiających bardzo daleko idące wnioski praktyczne. Wystarczy wspomnieć, że Francja szczepiła przeszło miljon, Kanada przeszło pół miljona, Węgry przeszło czwartą część wszystkich dzieci. Polska szczepiła około 160 tys., materjał przedstawiony przez delegata polskiego opierał się na pracach Komitetu Szczepień Ochronnych w Warszawie. Dnia 17—20 czerwca b. r. odbył się w Londynie zjazd rzeczoznawców, zaproszonych przez Komitet Higjeny Ligi Narodów w składzie następującym: Anglja (Dale, O'Brien, Harris), Ameryka (McCoy), Austrja (Böcher i Busson), Francja (Debré i Ramon), Czechosłowacja (Schubert), Kanada (Frazer), Niemcy (Friedemann, Kolle, Seliegman, Priegge), Polska (Hirszfeld), Rumunja (Ciuca), Włochy (Peupe i Magiora).

Raporty poszczególnych krajów zawierają niezmiernie bogaty materjał statystyczny i kazuistyczny, który w opracowaniu polskiego delegata pojawi się w Pedjatrji Polskiej. Wnioski ekspertów były następujące:

Wnioski:

I. Odczyny spostrzegane czasami po zastrzyknięciu szczepionek błoniczych nie są groźne i nie powinny powstrzymywać od propagowania szczepień ochronnych u dzieci, nie wyłączając nawet dzieci gruźliczych i nie powinny równie być przeszkodą w wyborze szczepionki najsilniejszej.

II. Szczepienie ochronne przeciwko błonicy powoduje znaczne zmniejszenie w zachorowalności i umieralności wśród szczepionych. Fakt ten został niezbicie stwierdzony na materjale porównawczym, dostarczonym przez poszczególnych ekspertów.

III. Z prac zdaje się wypływać, że skuteczność szczepień z wyjątkiem bardzo rzadkich wypadków daje się wyrazić w przejściu dodatniego odczynu Schicka na ujemny.

IV. Opierając się na cyfrach dotyczących zachorowalności zarówno jak i na odsetku ujemnych odczynów Schicka, które wystąpiły po szczepieniu i określaniu zawartości antytoksyn w pewnej ilości surowic u osobników szczepionych, można wnioskować, że anatoksyna (toksoid sformolizowany) jest najskuteczniejszą ze szczepionek błoniczych, które były badane przez ekspertów i może być na mocy współczesnego stanu wiedzy stosowana na szeroką skalę.

V. Badania na materjale ludzkim przedstawione ekspertom wykazują, że istnieje związek pomiędzy własnościami uodparniającemi anatoksyny i ich własnościami strącalnemi. Należałoby dążyć do stworzenia metod badania i innych szczepionek błoniczych.

VI. Wprowadzanie szczepionki drogą podskórną okazało się najskuteczniejszą metodą szczepień. W przypadkach, gdy nie można byłoby stosować zastrzyków podskórnych — należy stosować szczepienia donosowe. Uodparnianie zapomocą wcierania maści okazało się mniej skuteczne.

VII. Szczepienie powinno być wykonywane trzykrotnie, należy jednak dążyć przez stosowanie antygenów bardziej czynnych do zmniejszenia liczby zastrzyków.

VIII. Pomiędzy pierwszem a drugiem szczepieniem należy uczynić przerwę trzytygodniową, pomiędzy drugiem a trzeciem przynajmniej dwutygodniową.

IX. Wykonanie odczynu Schicka przy szczepieniu nie jest niezbędne we wszystkich przypadkach.

X. Poleca się szczepić dzieci przeciwko błonicy w wieku przedszkolnym od końca pierwszego roku.

XI. Jeżeli dzieci nie zostały szczepione w wieku przedszkolnym, to powinny być szczepione w ciągu pierwszego roku po wstąpieniu do szkoły. Byłoby wskazane, aby instytucje opiekujące się dziećmi (kolonje letnie, sanatorja etc.) wymagały od dzieci przy wstąpieniu zaświadczenia odczynu Schicka ujemnego, względnie dokonywały szczepień ochronnych.

(Wskazane jest też ażeby personel pielęgniarski i lekarski w szpitalach, ośrodkach zdrowia i t. p. poddał się badaniu na odczyn Schicka względnie został uodporniony przeciwko błonicy).

XII. Szczepienia mogą być przeprowadzane nawet w czasie epidemji i stosowane również u dzieci, które były w kontakcie z choremi, gdyż niema danych przemawiających za istnieniem fazy ujemnej.

XIII. Szczepienia przeciwbłonicze powinny być propagowane przez administracje sanitarne wszystkich krajów.

Walne Zebranie Wydawniczej Spółki Lekarskiej.

Walne Zebranie Wydawniczej Spółki Lekarskiej odbyło się dnia 28 czerwca 1931. W zebraniu wzięli udział, prócz członków lwowskich, delegaci z Krakowa i Warszawy. Obradom przewodniczył prezes Rady Nadzorczej prof. Franke. Po sprawozdaniu dyrekcji Spółki, przedstawionem przez dyrektora p. Kazimierza Gubrynowicza, oraz sprawozdaniu komisji rewizyjnej, prof. Bednarskiego, rozwinęła się krótka dyskusja. Ze sprawozdania dowiadujemy się, że wydawnictwo Polskiej Gazety Lekarskiej, mimo bardzo ciężkich warunków obecnych, pokrywa swoje wydatki w znacznej części dzięki oszczędnej gospodarce dyrekcji i obowiązkowości personalu biurowego. Zastanawiano się nad rozszerzeniem grona prenumeratorów P. G. L. Po uchwaleniu absolutorjum Radzie Nadzorczej i Dyrekcji, przeznaczono, jak co roku, kwotę 600 zł. dla czterech komitetów miejscowych celem rozdania po 150 zł. wdowom względnie sierotom po prenumeratorach P. G. L. względnie pism, z których P. G. L. powstała. Do Rady Nadzorczej na r. 1931 wybrani zostali: Prof. Dr. Kostrzewski, Prof. Dr. Ciechanowski i Dr. B. Woyciechowski (z Krakowa), Prof. Dr. K. Bocheński, Prof. Dr. M. Franke, Prof. Dr. J. Lenartowicz, Prof. Dr. W. Nowicki, Dr. Pilewski, Prym. Dr. S. Ruff i Prof. Dr. T. Zalewski (ze Lwowa), Dr. S. Sterling (z Łodzi), Dr. Bursze, Dr. Kopeć, Dr. Cz. Stankiewicz i Dr. W. Szumlański (z Warszawy) i Prof. Dr. Szmurło (z Wilna). Prezesem Rady Nadzorczej został ponownie wybrany Prof. Dr. M. Franke.

Podziękowaniem Radzie Nadzorczej, Prezesowi, Dyrekcji i pp. Redaktorom P. G. L. zakończyło się doroczne Walne Zebranie spółki.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Dnia 18 czerwca b .r. odbyło się w lokalu Naczelnej Izby Lekarskiej posiedzenie w sprawie propagandy medycyny polskiej zagranicą oraz wymiany czasopism lekarskich z zagranicą. Wysunięto trzy projekty: 1) aby Naczelna Izba Lekarska zainicjowała zorganizowanie komitetu, któryby czuwał nad wysyłaniem do pism zagranicznych streszczeń prac lekarskich polskich; 2) aby pisma lekarskie polskie dawały streszczenia artykułów oryginalnych w języku obcym; 3) aby corocznie wychodził zeszyt, zawierający wszystkie te streszczenia.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, iż z funduszu im. Grzegorza Piramowicza wakuje nagroda konkursowa w wysokości 400 zł. — na cele popierania higjeny szkolnej: za oryginalną pracę, ogłoszoną drukiem w języku polskim, lub też za pracę, złożoną w rękopisie T-wu Lek. Warsz. z jakiejkolwiek dziedziny higjeny szkolnej — w braku zaś takiej pracy, nagroda zostanie przyznana lekarzowi szkolnemu, który według opinji władz zwierzchnich najbardziej owocnie i wydajnie pracował pod względem higjeny szkolnej w okresie od dnia 1 września 1930 r. do 1 września 1931 r.

Termin nadsyłania prac upływa z dniem 1 października 1931.

Kraków.

Działalność Pogotowia ratunkowego w r. 1930. W r. 1930 ilość interwencyj krakowskiego pogotowia ratunkowego znacznie wzrosła w stosunku do roku poprzedniego. Ogółem interwenjowało pogotowie w 12.194 wypadkach, czyli, że przeciętna liczba miesięczna wynosi 1016 wypadków. Od chwili istnienia pogotowia, a więc od 40 lat, w roku ubiegłym zaznaczyła się największa ilość zamachów samobójczych, gdyż było ich 221. Najwięcej zamachów samobójczych przypadło na maj (27), zaś najmniej w lutym (11). Dalej pogotowie interwenjowało w roku ubiegłym w wypadkach wewnętrznych (756), chirurgicznych (6177), oparzeń (252), ocznych (1493), umysłowych i nerwowych (186), porodów i poronień (63), odmrożeń (3), stwierdzono śmierć w 73 wypadkach, przewieziono 2970 chorych. Pogotowie było czynne w wypadkach 6906 u mężczyzn i 4717 u kobiet, zaś 571 u dzieci do lat 10. W lecie ub. r. w czasie plagi żmij sprowadziło pogotowie z Francji surowicę przeciw jadowi, którą zaaplikowano w kilkudziesięciu wypadkach ukąszeń. Pogotowie krakowskie było pierwsze w Polsce, które to uczyniło, oddając ludności Małopolski części Kongresówki i Śląska, ogromną przysługę. Ilość wyjazdów poza rogatki miasta zwiększyła się znacznie. Prawie do wszystkich miast, miasteczek i wsi województwa krakowskiego wyjeżdżało pogotowie, czy to do wypadku, czy też celem przewiezienia chorego do szpitala.

Informacje w sprawie IX. Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich w Krakowie. IX. Zjazd Internistów Polskich odbędzie się w Krakowie w dniach 24 do 27 września 1931 r. Tematami programowymi są: 1) Reumatyzm, Sprawozdawcy: Prof. Dr. Józef Latkowski z Krakowa: Klinika schorzeń gośćcowych, Prof. Dr. Ludwik Skubiszewski z Poznania: Patogeneza i anatomja patologiczna. 2) Hyperthyreozy, Sprawozdawcy: Dr. J. Koelichen z Warszawy: Patogeneza, ppłk. Dr. A. Maciąg z Krakowa: Klinika i leczenie, Prof. Dr. J. Glatzel z Krakowa: Leczenie chirurgiczne.

Zgłaszać można referaty zarówno pokrewne powyższym tematom, jakoteż i referaty z wszelkich innych dziedzin medycyny wewnętrznej, jeszcze do dnia 23 lipca 1931 r. na ręce Komitetu Organizacyjnego wraz z tytułem i krótkiem streszczeniem. Na porządku obrad zostaną umieszczone tylko referaty w tym terminie zgłoszone.

W Zjeździe mogą brać czynny udział także lekarze nie należący do Towarzystwa Internistów Polskich. — Zgłoszenia uczestnictwa w Zjeździe uprasza się kierować na ręce Komitetu Organizacyjnego wraz z uiszczeniem wkładki zjazdowej czekiem P. K. O. Nr. konta 412.297. — Wysokość wkładki zjazdowej wynosi 20 zł. — dla asystentów uniwersytetu i lekarzy szpitalnych 15 zł., dla osób towarzyszących 10 zł. — Zniżki kolejowe dla uczestników Zjazdu są zapewnione. Kwatery na życzenie mogą być przygotowane.

Projektowane są wycieczki w okolice Krakowa oraz do uzdrowisk w Wojew. Krakowskim położonych. Wszyscy uczestnicy otrzymają szczegółowe programy Zjazdu. Nadmienia się, że w dyskusji nad tematem głównym oraz nad wykładami pokrewnemi można zabierać głos tylko dwukrotnie, przyczem po raz pierwszy 10 minut, a poraz drugi do 5 minut.

Wykład zwyczajny, zarówno luźny, jak i dodatkowy do tematów głównych, trwać może 15 minut. Rozprawy odbywają się grupowo nad szeregiem pokrewnych wykładów.

W rozprawach nad wykładami zwyczajnemi wolno każdemu przemawiać 2 razy: pierwszym razem 5 minut, drugim zaś razem tylko 3 minuty.

Wykłady i pokazy nadprogramowe przyjmuje i dopuszcza w razach zupełnie wyjątkowych Prezes Zjazdu.

Wszelkich bliższych informacyj udziela Komitet Organizacyjny IX. Zjazdu w Klinice Lekarskiej U. J. Kraków, Kopernika 15.

Lwów.

Okręgowy Związek Kas Chorych we Lwowie, uwzględniając wysokie wartości lecznicze wód morszyńskich i nadzwyczaj korzystne warunki klimatyczne, otwiera w Morszynie — polskim Karlsbadzie — własną Lecznicę zdrojową na czas od 8-go czerwca do 28 września br.

Do korzystania z tej Lecznicy dopuszczeni są członkowie Kas Chorych z całej Polski i zgłoszeni do ubezpieczenia członkowie ich rodzin.

Członkowie, ubiegający się o leczenie na koszt Kas Chorych, winni wnieść prośbę na ręce lekarza naczelnego tej Kasy Chorych, której są członkami i poddać się przepisanym badaniom lekarskim.

Członkowie, pragnący zażyć w Morszynie leczniczego wypoczynku na koszt własny po bardzo przystępnych cenach, winni zażądać w przynależnej Kasie lub wprost w Zarządzie Lecznicy Zdrojowej Lwowskiego Okręgowego Związku Kas Chorych w Morszynie („Willa Kresowianka") formularzy zgłoszeń i pouczenia o warunkach leczenia.

Własny lekarz zakładowy, doświadczone kierownictwo administracyjne, wzorowa dietetyczna kuchnia, staranna usługa i wszelkie udogodnienia zapewnione.

Szybkie zgłoszenia na jeden z 4 turnusów (od 8 czerwca do 5 lipca, od 6 lipca do 2 sierpnia, od 3 do 30 sierpnia i od 31 sierpnia do 27 września) pożądane są we własnym interesie członków Kas Chorych, zwłaszcza tych, którzy cierpią na kamicę żółciową, inne choroby wątroby i dróg żółciowych, na dnę, reumatyzm stawowy i mięśniowy oraz otyłość.

Morszyn nadaje się również do leczenia podgojonego wrzodu żołądka i dwunastnicy i do leczenia stanów pozapalnych.

Z kraju.

Otwarcie Sanatorjum Związku Kas Chorych w Iwoniczu. Dnia 2 czerwca 1931 odbyło się uroczyste otwarcie sanatorjum ogólno-państwowego Związku Kas Chorych „Excelsior" w Iwoniczu, na które przybyli przedstawiciele rządu, władz państwowych oraz samorządowych, a to: min. pracy i opieki społecznej dr. Hubicki, wicewoj. Drojanowski, przedstawiciel dep. gł. zdrowia dr. Majewski, wiceprez. gł. urz. ubezp. Dagnan, dyr. okr. urz. we Lwowie dr. Chomicki, starosta krośnieński Rappe, przedstawiciele komisji zdrojowej Iwonicza i zakładu kąpielowego Iwonicz, przedstawiciele okr. Związku Kas Chorych oraz przedstawiciele władz i urzędów.

Sanatorjum znajduje się w pobliżu zakładu zdrojowego, otoczone zalesionemi wzgórzami, położenie jest malownicze i posiada sprzyjające warunki zdrowotne. Gmach obejmuje posiadłość 36.000 m. kw. Pokoje są 1, 2 lub 3 łóżkowe, zaopatrzone w zimną i ciepłą wodę; w każdym pokoju korzystać można z radja. Sanatorjum posiada centralne ogrzewanie, oświetlenie elektryczne, doskonałą sygnalizację przy każdym pokoju, telefon i radjo, urządzenia dla dezynfekcji, kuchnie mechaniczne oraz różne urządzenia gospodarcze z nowoczesnemi aparatami.

Sanatorjum przeznaczone jest dla leczenia: gruźlicy kostnej, schorzeń reumatycznych, chorób kobiecych, chorób systemu nerwowego, zaburzeń przemiany materji oraz kiły i wszelkiego rodzaju stanów wyczerpania. — Czynne będzie przez cały rok. — Dyrektorem został dr. Janik, prócz niego czynni będą w sanatorjum 4 lekarze, którzy objęli swe stanowiska na zasadzie konkursu ogłoszonego przez ogólno-państwowy Związek Kas Chorych.

Ze świata.

III. Międzynarodowy Kongres radjologji lekarskiej odbędzie się w Paryżu w dniach od 26 do 30 lipca b. r. pod protektoratem Prezydenta Rzeczypospolitej Francuskiej i pod przewodnictwem honorowem p. Marji Curie-Skłodowskiej. Prezesem Kongresu jest Antoni Béclère, generalnym sekretarzem Ledoux-Lebard. — W skład delegacji polskiej wchodzą: jako przewodniczący Dr. Bronisław Sabat (Warszawa); jako delegaci: prof. Dr. Mayer (Poznań), Doc. Dr. Elektorowicz (Warszawa), Dr. Alkiewicz (Poznań) i Dr. Grynkraut (Warszawa); jako zastępcy delegatów: Dr. B. Kryński (Warszawa), Dr. Tumidajski (Lwów) i Dr. M. Zalewski (Warszawa).

W myśl statutu Międzynarodowych Kongresów Radjologicznych uczestnikami Kongresów, które odbywają się co 3 lata mogą być członkowie Towarzystw Radjologicznych lub osoby polecone przez Towarzystwo Radjologiczne.

Z Polski zgłosiło uczestnictwo w Zjeździe 32 radjologów, z tych 14 zgłosiło komunikaty.

XI. Zjazd Towarzystwa dla chorób przewodu pokarmowego i przemiany materji odbędzie się we Wiedniu w czasie od 23 do 25 września 1931 roku w domu koncertowym Lothringer Strasse 20. Głównemi tematami obrad mają być sprawy: wchłanianie jelitowe i pozajelitowe, insulina a cukrzyca, choroby prostnicy i esicy. Wszelkich bliższych wyjaśnień tyczących się tego Zjazdu udziela na życzenie Komitet miejscowy Zjazdu — Wien VIII, Schlösselgasse 22.

III Kurs dokształcający dla lekarzy, organizowany przez Fundację Tamarkin z Nowego Yorku odbędzie się w Lokarnie w czasie od 11 do 26 października 1931 r. Bliższych szczegółów co do tego kursu należy żądać od Sekretarjatu Fundacji Tamarkin w Lokarnie, Case postale 128.

Acta Odontologica, Internationales Zentralblatt der zahnärztlichen Akologie. Pod tym tytułem wychodzi nakładem czasopisma „Dental-Journal" w Weinfelden (Szwajcarja) perjodyczne pismo podające do wiadomości swych czytelników naprzemian w językach: niemieckim, angielskim, francuskim i hiszpańskim wszystkie nowości z zakresu materjałów, leków, aparatów i instrumentów dentystycznych. Czasopismo to będzie dostarczane bezpłatnie. Pierwszy zeszyt tego czasopisma pojawi się we wrześniu b. r. z okazji odbyć się mających w tym czasie międzynarodowych kongresów w Budapeszcie i Paryżu. Drugi numer czasopisma ukaże się w listopadzie b. r. Osoby interesowane pragnące otrzymywać czasopismo o jakiem mowa, winni zwrócić się do jego redakcji: Dr. P. Feles, Budapest IV. Semmelweis-U 4.

Podróż naukową do Kanady i do Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej urządza redakcja czasopisma „L'Univers Médical" pod honorowem przewodnictwem Profesora Balthazard'a, Dziekana paryskiego Fakultetu medycznego. W czasie tej podróży mają być zwiedzone następujące miejscowości Quebec, Montreal, Toronto, Jezioro Ontario, wodospady Niagara, Chicago, Washington, Filadelfja i Nowy York. Oprócz tego uczestnicy podróży będą mieli sposobność zwiedzić najgłówniejsze szpitale i wydziały lekarskie w Washingtonie, Filadelfji i Nowym Yorku. Cena podróży z wyjazdem z Paryża i z powrotem do Paryża, łącznie z biletem w klasie t. zw. „Touriste" wynosi 12.850 franków. O wszelkie informacje tudzież prospekty należy się zwracać pod adresem: Direction technique des voyages et congrès de l'Univers Médical, 33, avenue de l'Opéra, Paris.

Sekcja Zdrowia Światowej Federacji Stowarzyszeń Wychowania (Health Section of the World Federation of Education Associations) odbędzie od dnia 27 lipca do 1 sierpnia r. b. w Denveo (Colorado) czwartą konferencję. Celem Federacji jest szerzenie przyjaźni, sprawiedliwości i dobrej woli wśród narodów całego świata. Celem sekcji zdrowia jest troska o zdrowie dzieci szkolnych. Na porządku obrad znajdują się m. in. następujące tematy: Współpraca domu z szkolnym programem zdrowia, nowsze wiadomości o odżywianiu, choroby wywołane niedostatecznem odżywianiem z punktu widzenia rasowego i geograficznego, o czynnościach i wzajemnym stosunku pracy poszczególnych czynników — lekarzy — higjenistek, wychowawców — rodziców i gmin, jak rozpowszechnić literaturę o zdrowiu? o programach propagowania zdrowia w poszczególnych instytutach nauczania i t. p. Każdy temat będzie rozpatrywany w odniesieniu do warunków poszczególnych krajów. Jeden dzień poświęcony będzie na wycieczki. Uczestnicy zjazdu płacą 2 dolary wpisowego. Do komitetu organizacyjnego z Polaków należy p. W. Prażmowska.

Wzrost śmiertelności na gruźlicę. Pod względem śmiertelności na gruźlicę Warszawa zajmuje jedno z gorszych miejsc wśród stolic innych państw, a mianowicie, na 1000 tys. mieszkańców zanotowano w roku 1929 w Warszawie 223 zgony na gruźlicę, w tym samym roku w Paryżu zanotowano 236 zgonów, w Rzymie — 160, Oslo — 154, Sztokholmie — 149, Londynie — 104, Berlinie — 101, Kopenhadze — 90, New Yorku — 75. Na zwiększenie się śmiertelności z gruźlicy wpływa szereg najrozmaitszych czynników, a z nich najważniejszemi są warunki materjalne i mieszkaniowe. W celu zwalczania gruźlicy powstały tak zwane przychodnie przeciwgruźlicze, w których udziela się porad lekarskich bezpłatnie tysiącom chorych. W Warszawie istnieje 18 takich przychodni, które w dniu 1 stycznia 1930 r. posiadały pod swoją opieką 1601 chorych na gruźlicę płuc prątkujących, a więc niebezpiecznych przedewszystkiem dla dzieci z otoczenia chorego, 3848 chorych nieprątkujących, 2848 chorych na gruźlicę gruczołów przyoskrzelowych i 500 chorych na inne postacie gruźlicy. Ostatnio Polski Związek Przeciwgruźliczy zwrócił się do Dep. Służby Zdrowia M. S. W. z memorjałem, w którym proponuje, by przy magistracie powstało centralne biuro rejestracji wszystkich przypadków gruźlicy prątkującej płuc i krtani, jako niebezpiecznej dla otoczenia. Drugi memorjał w tym samym duchu utrzymany wpłynął na ręce p. prezydenta m. st. Warszawy, a skierowany został przez Polski Związek Przeciwgruźliczy, Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze, Ligę Szkolną Przeciwgruźliczą, II Klinikę Wewn. Uniw. Warsz., Tow. „Brijus-Zdrowie", Tow. „TOZ.", oraz Polski Komitet Pomocy Dzieciom. W memorjale tym wymienione instytucje wskazują na możliwość uruchomienia przy szpitalu Wolskim baraków dla chorych na gruźlicę. Baraki te od lat stoją bez użytku, a przy stosunkowo niewielkim nakładzie pieniężnym znalazłoby w nich pomieszczenie około 100 chorych. Obecna liczba łóżek szpitalnych dla chorych na gruźlicę w Warszawie wynosi 356 i jest bezwzględnie niewystarczająca.

Pożyteczną nowość wprowadzono w Niemczech. Całe klasy różnych szkół, przeważnie jednak szkół średnich przenoszą się, nie przerywając normalnego toku nauki, na kilka tygodni na wieś. W r. 1920 przeniesiono 20 klas o liczbie łóżek 750; 5 lat później liczba klas wzrosła do 140 z 10.800 łóżkami. W r. 1930 zaś umieszczeno po wsiach 250 klas o 18 tys. łóżek. Ruch ten, który w początkach natrafił na licznych sceptyków, zyskuje coraz więcej zwolenników o czem świadczą powyższe cyfry. Doniosłość tej inowacji polega na tem, że nie wysyła się na wieś poszczególnych uczniów, lecz całe klasy. Nauka odbywa się w zdrowych warunkach, a czas wolny od zajęć młodzież spędza na grach i zabawach na świeżem powietrzu. Zwłaszcza młodzież miast uprzemysłowionych odnosi duże korzyści z tego systemu. Pobyt całych klas na wsi potęguje wśród uczni poczucie solidarności w pracy i życiu zespołowem i przyczynia się do tego, że nauka prowadzona w zdrowych warunkach jest owocniejszą. (Rivista di scienze applicate all'educazione fisica e giovanile).

Redakcja otrzymała:

Fortschritte der Therapie, Jahrg. VII, Heft 12, z 25 czerwca 1931 r.

André Dognon. „Précis des physico-chimie biologique et médicale". Collection des précis medicaux. Masson et Cie. Paris, 1931 r.

Lucien Dautrebande. „Physiopathologie de la thyroide". Diagnostic et traitement des goitres. Masson et Cie. Paris, 1931 r.

Emile C. Cranium. „La culture des tissus en biologie expérimentale". Masson et Cie. Paris 1931 r.

Pratique médico-chirurgicale. 3-e edition nouvelle. Tome VII et VIII, Masson et Cie. Paris 1931 r.

Lippens Adrien. „Les lésions discrètes de la colonne vertébrale et leur relation avec le traumatisme". Bruxelles, 1931.

G. Laurens, M. Aubry et A. Lemariey. „Précis d'oto-rhino-laryngologie". Masson et Cie. Paris 1931.

I. Leray. „Embonpoint et obésité. Conceptions et thérapeutique actuelles". Masson et Cie. Paris. 1931.

Egaz Monis. „Diagnostic des tumeurs cérébrales et épreuve de l'encéphalographie arterielle". Masson et Cie. Paris. 1931.

A. B. Marfan. „Clinique des maladies de la première enfance". Masson et Cie. Paris. 1931.

Lemoine et Valois. „Eléments de biomicroscopie oculaire". Masson et Cie. Paris. 1931.

L. Uniechowski i I. Rucznik. „Lotne oddziały okulistyczne Wileńskiego Okręgu Polskiego Czerwonego Krzyża 1930 roku. Warszawa. 1931.

Stulecie Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, 1820—1920. Dzieje Towarzystwa. Część I. Pierwsze półrocze, napisał Józef Peszke (*). Warszawa. 1931.

Léon Blum et C. Van Caulaert. „Le rôle du sel dans les néphrites". Etude clinique physiopathologique et thérapeutique. Masson et Cie. Paris. 1931.

L. Ambard. „Physiologie normale et pathologique des reins". Masson et Cie. Paris. 1931.

Grzywo-Dąbrowski W. „Polska bibljoteka psychjatryczna za r. 1930". Odb. z Rocznika psychjatrycznego, zesz. XVI, 1931.

Grzywo-Dąbrowski W. „Śmierć wskutek postrzału z długiej broni palnej — samobójstwo, wypadek czy zabójstwo". Odb. z Czasopisma sądowo-lekarskiego, nr. 2, r. 1931.

Polska stomatologja, Księga pamiątkowa, wydana z okazji otwarcia V Polskiego Zjazdu stomatologicznego we Lwowie.

Cieszyński Ant. „O ropowicach szczękowych". Lwów. 1931.

M. Erlichówna. „Odżywianie noworodków zdrowych i chorych". Wydawnictwo Ginekologji Polskiej, zeszyt I.

L. Hirszfeld. „O zjawiskach odpornościowych w kile, raku i ciąży". Odb. z Ginekologji Polskiej.